



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

COMUNICAÇÃO COM O DOENTE CRÍTICO – PROMOÇÃO PARA UMA PRÁTICA ESPECIALIZADA

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, com Especialização

em Enfermagem Médico – Cirúrgica

Por Filipa Duarte Antunes dos Santos

LISBOA, Setembro de 2012



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

COMUNICAÇÃO COM O DOENTE CRÍTICO – PROMOÇÃO PARA UMA PRÁTICA ESPECIALIZADA

Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem , com Especialização
em Enfermagem Médico – Cirúrgica

Por Filipa Duarte Antunes dos Santos

Sob orientação de Professora Georgiana Marques da Gama

LISBOA, Setembro de 2012

*Como é por dentro outra pessoa
Quem é que o saberá sonhar?
A alma de outrem é outro universo
Com que não há comunicação possível,
Com que não há verdadeiro entendimento.*

*Nada sabemos da alma
Senão da nossa;
As dos outros são olhares,
São gestos, são palavras,
Com a suposição de qualquer semelhança
No fundo.*

Fernando Pessoa

AGRADECIMENTOS

À Professora Georgiana Marques da Gama pela disponibilidade científica e pessoal, pelo incentivo e orientação sempre rigorosa que contribuíram para a realização deste trabalho.

Às Enfermeiras Orientadoras e aos elementos das equipas onde estagiei, pelo acolhimento, partilha de experiências e saberes que muito contribuíram para o desenvolvimento das minhas competências na área da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Aos doentes que cuidei, pelas experiências partilhadas e na relação estabelecida que me enchem do imenso gosto de ser Enfermeira.

LISTA DE ABREVIATURAS

APCP: Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos

AVC: Acidente Vascular Cerebral

EAM: Enfarte Agudo do Miocárdio

ELA: Esclerose Lateral Amiotrófica

Enf.^a: Enfermeira

ESAS: Edmonton *Symptom Assessment System*

EV: Endovenoso

HSFX: Hospital São Francisco Xavier

INEM: Instituto Nacional de Emergência Médica

OMS: Organização Mundial Saúde

PCR: Paragem Cardio-Respiratória

Sr.: Senhor

Sr.^a: Senhora

UCI/UCIP: Unidade de Cuidados Intensivos/Unidade de Cuidados Intermédios Polivalentes

UCP: Unidade de Cuidados Paliativos

RESUMO

O processo de formação dos enfermeiros evoluiu grandemente desde a época de Florence Nightingale até à fase atual, de cunho científico que teve início com o ensino voltado para o desenvolvimento de processos assentes em princípios científicos.

O desafio abraçado ao integrar a Especialidade de Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica foi a de integrando os princípios da formação base fosse capaz de desenvolver e aprimorar uma compreensão científica, técnica, humana e ética, intervindo no processo saúde-doença do ser humano, numa perspetiva crítico-transformadora voltada para o cuidar, decidir, educar, gerir e pesquisar, aspetos significativos nesta área de especialidade.

Com a elaboração deste relatório pretende-se evidenciar o trabalho desenvolvido na Unidade Curricular Estágio (Unidade de Cuidados Paliativos, Serviço de Urgência e Unidade de Cuidados Intensivos). Em cada módulo construí um portefólio revelador do trabalho realizado, bem como das pesquisas e reflexões críticas, que permitiram o desenvolvimento do pensamento crítico reflexivo dos aspetos vivenciados na prática

Na Unidade de Cuidados Paliativos identifiquei o papel do Enfermeiro Especialista em Pessoa em Situação Crítica na prestação de cuidados ao doente em fim de vida e sua família, desenvolvendo competências e habilidades de comunicação, de trabalho em equipa, no controlo sintomático através de medidas farmacológicas e não farmacológicas. Desenvolvi intervenções na área de especialização de modo a contribuir para a melhoria dos cuidados, nomeadamente através de: elaboração de um filme sobre comunicação, elaboração de um “Guia de Orientação para a Prestação de Cuidados ao Doente com Ferida Neoplásica” e do desenvolvimento e criação do conceito “box comunicante”.

No Serviço de Urgência desenvolvi competências na assistência ao doente crítico na Sala de Reanimação, nomeadamente no atendimento ao indivíduo com Enfarte Agudo do Miocárdio, Acidente Vascular Cerebral e Paragem Cardio-respiratória. Contribuí para o repensar das práticas ao doente emergente e para algumas mudanças de comportamento da equipa, através da partilha de artigos científicos, da atualização das normas de Suporte Básico e Avançado de Vida e da criação do “*Checklist* de Enfermagem na PCR” e “Registo de Reanimação Cardio-Respiratória”. No âmbito da Triagem para além da prestação de cuidados naquele sector, desenvolvi um estudo sobre as “Competências de Comunicação Utilizadas pelos Enfermeiros na Entrevista de Triagem, cujos resultados permitiram a reflexão da equipa sobre a importância da comunicação no Serviço de Urgência e especificamente neste sector.

Na Unidade de Cuidados Intensivos mobilizei os conhecimentos adquiridos durante as práticas anteriores no cuidado ao doente crítico e família focada na identificação precoce de focos de instabilidade e a interpretação de parâmetros de monitorização invasiva. No âmbito da família

trabalhei a identificação das necessidades das famílias do doente crítico internado na Unidade de Cuidados Intensivos, através de um estudo exploratório, do qual resultou a criação de uma “Ckecklist de acolhimento ao familiar internado na Unidade de Cuidados Intensivos”. Detectei algumas necessidades formativas da equipa que colmatei com a elaboração da norma de “Cuidados aos olhos dos doentes internados na UCI/UCIP” e “Cuidados *Pós-mortem* na UCI/UCPI” que motivaram a reflexão sobre o cuidar e a dignificação da morte em Cuidados Intensivos.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermeiro especialista, relatório de estágio, doente em fim de vida, doente critico, família, comunicação.

ABSTRACT

The process of training nurses has greatly evolved since the time of Florence Nightingale to the current time, having the scientific mark begin with the teaching directed for the development of process based on scientific principles.

The embraced challenge when integrating the medical-surgical specialty was to integrate the principles of basic training and be able to develop and improve a scientific, technical, human and ethical understanding, intervening in the process of health-disease of humans, in a critical and transformative perspective oriented to care, decide, educate, manage and search significant aspects of this specialty area.

With the preparation of this report it is intended to highlight the work developed in the Course Training (Palliative Care Unit, Emergency Department and Intensive Care Unit). In each "block" it was developed a portfolio showing the work done, as well as research and critical thinking, which allowed the development of critical reflective thinking of the experienced aspects in practice.

In Palliative Care Unit I was able to identify the role of the Medical-Surgical Specialist Nurse in providing patient care at the end of life and family, developing skills and communication skills, teamwork, and monitoring symptoms through pharmacological and nonpharmacological measures. Developed interventions in the specialization area to be able to contribute for the improvement of care, mainly through: developing a film about communication, development of an "Orientation Guide for the Provision of Patient Care with Neoplastic Wound" and the development and creation of the concept "communicating box."

In the ER I was able to develop skills in the care of critically ill patients and resuscitation room, particularly in meeting the individual with Acute Myocardial Infarction, Stroke and cardiac arrest. Contributed to the rethinking of practices for the emergent patient and to some behavior change in the team through sharing scientific articles, updating norms of Basic and Advanced life support, and creation of a "Nursing Checklist in the PCR" and "Registration of Cardio-Respiratory Resuscitation". In the context of screening beyond the care in that area, I was able to develop a study on "Communication Skills Used by Nurses in Screening Interview", which result allowed me to do a team reflection on the importance of communication in the ER and specifically in this area.

In the Intensive Care Unit I was able to use the knowledge acquired during the previous practices in the care of critically ill patients and family focused on early identification of

outbreaks of instability and interpretation of invasive monitoring parameters. As part of the family I worked to identify the needs of families of critically ill patients admitted to the Intensive Care Unit, through an exploratory study, from which resulted the creation of a "host Checklist to the family of the admitted patient to the Intensive Care Unit". I detected some training needs of the staff that I was able to help with the development of a norm to "care in the patients eyes admitted in the ICU/IPCU" and "Post-mortem Care in the ICU/IPCU" that promptly led to a reflection on the care and dignity of death in Intensive Care.

KEYWORDS: nurse specialist, probation report, patient end of life, critically ill, family, communication.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	10
1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	12
1.1. MÓDULO I – CUIDADOS PALIATIVOS	15
1.1.1. Objetivos específicos do Módulo I – Cuidados Paliativos.....	16
1.1.2. Actividades e competências desenvolvidas no Módulo I.....	17
1.2. MÓDULO II – Serviço de Urgência	29
1.2.1. Objetivos específicos do Módulo II – Serviço de Urgência.....	31
1.2.2. Actividades e competências desenvolvidas no Módulo II.....	32
1.3. MÓDULO III – CUIDADOS INTENSIVOS	44
1.3.1. Objetivos específicos do Módulo III – Cuidados Intensivos.....	46
1.3.2. Actividades e competências desenvolvidas no Módulo III.....	47
CONCLUSÃO	54
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	58
APÊNDICES	61

Apêndice A: Tratar a Dor Moderada ou Intensa

Apêndice B: Guia de Orientação para a Prestação de Cuidados ao Doente com Ferida Neoplásica

Apêndice C: Comunicação em Cuidados Paliativos. [CD]

Apêndice D: Registo de Conferência Familiar.

Apêndice E: *Checklist* de Enfermagem na PCR

Apêndice F: Registo de Reanimação Cardio-Respiratório

Apêndice G: Projecto de Estágio – Comunicação no Serviço de Urgência. [CD]

Apêndice H: Grelha de Observação – Competências de Comunicação Utilizadas pelos Enfermeiros na Entrevista de Triage

Apêndice I: Questionário acerca das Necessidades dos Familiares de Doentes em estado Crítico

Apêndice J: *Checklist* de Acolhimento ao Familiar do Doente Internado na UCI

Apêndice K: *Critical Care Family Need Inventory* – Estudo exploratório acerca das necessidades dos familiares de doentes em estado crítico. [CD]

Apêndice L: Meta 2 - Melhoria da Comunicação Eficaz

Apêndice M: Protocolo de cuidados aos olhos do doente internado na UCI/UCIP

Apêndice N: Protocolo de cuidados *Post mortem* na UCI/UCIP

INTRODUÇÃO

Chegado o momento final da Especialidade, cumprido o programa curricular teórico e prático, importa agora descreve-lo, narrá-lo.

Assalta-me a alegoria de alguém que termina uma viagem empolgante e decompô-la em detalhes, uns mais vagos, outros tão particulares que serão capazes de transportar quem os lê às realidades que vivi, ao que senti e cresci como pessoa e enfermeira.

Tal como é descrito no Decreto-lei nº161/ 96 de 4 de setembro artigo nº4, alínea 3 —

“Enfermeiro especialista é o enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade”.

Para a consumação deste grande objetivo e concretamente no módulo Estágio foi realizado primeiramente um projeto que marcou a linha orientadora a seguir nos três momentos práticos realizados.

Foram eles:

Módulo de Opção, Unidade de Cuidados Paliativos São Bento Meni – Casa de Saúde da Idanha, no período de 27 de abril a 16 de junho de 2011, seguido do Módulo de Urgência, realizado no Serviço de Urgência do Hospital São Francisco Xavier, entre 26 de setembro a 18 de novembro de 2011 e, por fim, o Módulo de Cuidados Intensivos realizado na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital HPP Cascais, de 28 de novembro de 2011 a 27 de janeiro de 2012.

Comum a estes três momentos de aprendizagem, palco do desenvolvimento de competências como enfermeira especialista, tracei a “Comunicação” como tema principal, expresso nos objetivos específicos patentes no projeto de Estágio, reajustados à medida que conhecia e me envolvia nos contextos da prática.

A origem da palavra comunicar, do latim *comunicare*, significa pôr em comum e justifica a escolha, na medida em que reflete uma procura incessante a que me impus, desde a formação inicial, para compreender o outro, ir ao encontro da pessoa que é, ou seja, o que realmente espera quem procura e recebe cuidados de enfermagem.

Comunicar com qualidade passa pela compreensão do que queremos trocar com as pessoas, o que queremos colocar em comum, qual a nossa capacidade de relação e qual o nível de troca que somos capazes de fazer com alguém que necessita de ajuda, da disponibilidade e do conhecimento de um profissional de saúde.

Assim parece-me crucial para a Enfermagem Avançada, aprofundar e recolher contributos nesta área, pois do nível de conhecimento que estabelecemos com a pessoa cuidada e da habilidade para correlacionar o saber do outro com o nosso, resultará um melhor desempenho na área comunicacional, do encontro e resposta holística dada à pessoa cuidada.

A definição do referencial teórico, orientador do pensamento em Enfermagem foi centrada na Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson, baseada no conceito de cuidado e em pressupostos fenomenológicos existenciais, que transposta o olhar para além do corpo físico. Esta teoria é assumida pela autora como ciência e arte, que evolui por meio da interação enfermeiro e cliente, visando o cuidado terapêutico, enfatizando a dimensão holística da pessoa e a relação estabelecida com o enfermeiro como veículo terapêutico, aspetos fulcrais na Enfermagem que acredito e vivo.

Assim como base em fundamentação teórica e na reflexão pessoal, pretende-se que através de uma metodologia descritiva, o relatório seja reflexo de uma análise crítica do percurso realizado, através dos seguintes objetivos:

- Evidenciar o trabalho desenvolvido ao longo do percurso de Estágio;
- Descrever as competências adquiridas e desenvolvidas;
- Refletir sobre as ações realizadas, o seu contributo para a prática avançada e as suas implicações éticas e sociais.

Este relatório terá a seguinte estrutura: a introdução, o desenvolvimento, onde serão justificadas a escolha dos locais de estágio bem como as atividades desenvolvidas e competências adquiridas ao longo do mesmo; a conclusão, reflexão sintetizada do percurso realizado; referências bibliográficas e apêndices, onde constarão todos os trabalhos desenvolvidos e apresentados nos serviços.

A orientação do Estágio e relatório foi realizada pela Professora Georgiana Marques da Gama.

1. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O progresso observado na Enfermagem desde Florence Nightingale até aos dias de hoje, faz-nos crer que o caminho realizado consolidou um *core* de conhecimento exclusivo na assunção da Enfermagem como ciência.

As conceções elaboradas para a profissão de Enfermagem, permitem precisar a relação exclusiva entre os conceitos: cuidado, pessoa, saúde e ambiente sobre os quais se construíram modelos conceptuais que numa perspetiva única permitem aos Enfermeiros desenvolver os conhecimentos que aplicam na prática.

Sob o paradigma da Transformação, considerado a base de abertura da ciência de Enfermagem para o mundo, o cuidado é orientado para o bem-estar da pessoa tal como ela o define e o enfermeiro relaciona-se com o outro num ambiente de respeito mútuo, acreditando nas potencialidades individuais de cada ser que cuida.

A perscrutação de compreender e evidenciar a forma como os Enfermeiros realizam ações, integrada na Escola do Cuidar, Jean Watson (2002), propõe que a Enfermagem seja simultaneamente humanista e científica.

A Teoria do Cuidado Humano desenvolvida por esta autora está centrada no conceito de cuidado e em pressupostos fenomenológicos existenciais, que transposta o olhar para além do corpo físico. É a abertura e a atenção aos mistérios espirituais e dimensões existenciais da vida e da morte; o cuidado da sua própria alma e do ser que está sendo cuidado.

A autora afirma que a sua teoria tanto é ciência como arte, e busca na inter-relação de conceitos, uma ciência humana própria da enfermagem, que evolui por meio da interação enfermeiro e cliente, visando o cuidado terapêutico.

O cuidado transpessoal com base na definição utilizada determina uma atitude de respeito pelo sagrado, que é o outro, estando este ser conectado ao universo e ao outro, sem divisões de espaço, tempo ou nacionalidades, que Watson, apelida a partir de 2005, como teoria de *Caritas e Communitas*.

Entende-se então, que o processo *clinical caritas* aborda o outro com delicadeza, sensibilidade, dá-lhe atenção especial e exercita uma atenção cuidadosa. Ao modificar o conceito *Carative* para *Caritas*, pretende aludir ao amor e cuidado com uma dimensão existencial, espiritual e com as experiências e processos da vida humana.

Watson propõe sete pressupostos sobre a ciência do cuidado e 10 fatores de cuidados primários para a formação da estrutura de sua teoria.

Os pressupostos básicos são:

1. O cuidado pode ser efetivamente demonstrado e praticado;
2. Satisfação de determinadas necessidades humanas;
3. Promover a saúde e o crescimento individual e familiar;
4. Aceitar a pessoa não apenas como ela é agora, mas como se poderá tornar;
5. Ambiente de cuidado;
6. A ciência do cuidado é complementar à ciência da cura;
7. Prática do cuidado é essencial para a enfermagem.

Dez fatores de cuidado (clinical caritas):

1. Adotar valores altruístas e a prática da bondade consigo e com os outros.
2. Estimular a fé e a esperança.
3. Ser sensível consigo e com o próximo, alimentando crenças e práticas individuais.
4. Desenvolver a ajuda com relações de confiança e carinho.
5. Promover e aceitar a expressão de sentimentos positivos e negativos.
6. Utilizar com criatividade métodos científicos para resolver problemas de tomada de decisão.
7. Compartilhar o ensino e a aprendizagem que atenda as necessidades e estilos individuais de compreensão.
8. Criar um ambiente de cura física e espiritual que respeite a dignidade humana.
9. Assistir a necessidades humanas básicas: físicas, emocionais e espirituais.
10. Ser aberto a mistérios e permitir a entrada de milagres.

Ao assumir modelos de formação em Enfermagem caminhamos para os modelos de competência do cuidar que enfatizam a visão multiparadigmática da Enfermagem.

No modelo de competências importa não os conhecimentos do profissional, mas a capacidade de mobilizá-los para resolver problemas e enfrentar situações inesperadas.

A lógica das competências perpassa o núcleo do trabalho formalizado, e traduz-se pela apropriação pelo capital do saber, do *saber-fazer* e do *saber-ser* e implica uma busca constante de ampliação e atualização de competências e conhecimento.

As competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica definidas pela Ordem dos Enfermeiros através do Regulamento n.º 124/2011 (Diário da República, 2.ª série — N.º 35 — 18 de fevereiro de 2011) definem a “pessoa em situação crítica é aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica” .

Cuidar a pessoa em situação crítica numa perspetiva de prática avançada pressupõe o desenvolvimento de competências como a observação e a colheita sistemática e sistémica de dados numa perspetiva holista. O objetivo maior é expresso no envolvimento sistémico que o Enfermeiro faz com a pessoa cuidada com o intuito de prever, compreender, desvendar e dar respostas capazes de manter funções vitais, prevenindo a morbilidade associada, tendo em vista a sua restabelecimento total.

O Enfermeiro Especialista é assim chamado a desenvolver competências científicas, relacionais, éticas e técnicas, que através de uma análise crítico-reflexiva das situações vivenciadas na prática profissional, fazem dele uma mais-valia no seio da equipa de enfermagem e multidisciplinar onde está integrado e das pessoas que cuida, refletindo uma prática competente, com intervenções essenciais e duráveis, traduzidas pela associação de conhecimentos, habilidades e atitudes.

Atendendo ao que fora supramencionado, este capítulo pretende demonstrar o caminho desenvolvido para alcançar o objetivo de me tornar Enfermeira Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

Cada subcapítulo retratará com base nos objetivos delineados no projeto de estágio, alguns dos quais alterados após vivenciar os contextos da prática, as intervenções realizadas para o seu cumprimento. Os indicadores de avaliação utilizados foram transversais aos três momentos de estágio: reflexão crítica, autoavaliação, heteroavaliação com a professora tutora e os enfermeiros que me acompanharam e a mudança de comportamentos e atitudes verificados nos contextos da prática.

1.1. MÓDULO I – CUIDADOS PALIATIVOS

A escolha da prática de Cuidados Paliativos no Módulo de Opção, reflete um gosto pessoal pela área, fundamentado na experiencial profissional com doentes em fim de vida mas também por acreditar que esta filosofia imana contributos fundamentais para o cuidado à pessoa em situação crítica, na forma como são trabalhos os instrumentos que viabilizam os Cuidados Paliativos: controlo de sintomas, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa.

A Unidade de Cuidados Paliativos de São Bento Meni está integrada no Instituto das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, na Casa de Saúde da Idanha.

Com início de atividade em 2005 é uma referência na assistência prestada aos doentes em fim de vida em contexto de internamento, contando com uma equipa interdisciplinar treinada, e sendo composta por três médicos, doze enfermeiros, fisioterapeuta, assistente espiritual, padre, assistente social, psicólogo, assistentes operacionais e equipa de voluntários.

A unidade é constituída por dez quartos, dois privados e os restantes oito afetos à Rede Nacional de Cuidados Paliativos. Fazem parte da estrutura física uma sala de trabalho comum a toda a equipa, sala de estar para as famílias, sala de banho assistido/relaxamento e sala de meditação/recolhimento.

Os doentes que ali chegam provêm ou da Rede Nacional de Cuidados Paliativos, enviados dos hospitais/comunidade ou diretamente através do regime particular. Em qualquer uma das vias, a situação clínica e as motivações para o internamento são avaliadas pelo médico responsável, no sentido de compreender se existem critérios de internamento na lógica dos Cuidados Paliativos. Os principais motivos de internamento naquela Unidade são: descontrolo de sintomas e a exaustão do cuidador.

A equipa de enfermagem trabalha em regime de rotatividade de turnos, estando dois elementos em cada turno, apoiados no turno da manhã pela Enf.^a Chefe e Enf.^a Responsável da Unidade. Todos os enfermeiros têm um curso de Cuidados Paliativos (ministrado pela APCP) e a Enf.^a Responsável e a Enf.^a Chefe são Mestres em Cuidados Paliativos.

O apelo que senti ao escolher esta unidade como local de estágio prendeu-se com as referências que fui recolhendo do trabalho desenvolvido por esta equipa e por se tratar de uma Unidade de dimensão reduzida e que não se encontra inserida em hospital. Considero que a união destes aspetos criou um ambiente que favoreceu o meu processo de aprendizagem.

1.1.1. Objetivos Específicos Módulo I – Cuidados Paliativos

Para este módulo delinee inicialmente os seguintes objetivos específicos:

- Prestar cuidados de enfermagem ao doente em fim de vida
- Acolhimento da pessoa/ família ao serviço
- Acompanhamento e preparação da família para o fim provável

Com o início do estágio, criei uma enorme expectativa tal era a motivação para “integrar” uma equipa de Cuidados Paliativos; queria sentir e aprender a dinâmica do cuidado segundo esta filosofia.

No primeiro dia fui recebida pela Enfermeira Chefe da Unidade que me apresentou o Serviço, a missão e os valores da instituição, os projetos e estrutura da equipa. Consultei as normas e protocolos existentes na unidade e reunimos no sentido de analisar os objetivos propostos pelo plano de estudos do Curso, bem como o projeto individual de estágio.

Recordo a primeira impressão que retive e que perdura: aquelas pessoas são cuidadas em casa. Não a sua é certo, mas num espaço que em tudo se tenta aproximar ao de cada um. Há roupa de cama confortável, macia e cuidada, bem diferente daquela que estou habituada a ver no hospital. Para muitos, o leito é espaço de vida e encerra neste conforto as histórias, o corpo debilitado, os afetos trocados com a família, os sorrisos abnegados, os olhares brilhantes de uns e ausentes de outros.

Senti que há ali vida. Esperava encontrar doentes menos vivos; talvez por no meu referencial estes doentes só representarem o fim de um caminho e não o processo que fazem até lá.

Interiorizar este facto, fez-me compreender a importância de um plano de cuidados, da elaboração de planos de intervenção (re)adequados a cada pessoa e família, à sua história, à fase de doença e simultaneamente compreender que o tempo urge. Não se pode protelar intervenções, pois nunca se sabe quando o fim pode atropelar intenções e esperas mal calculadas.

Na tríade da relação doente-família-equipa compreendi e vi acontecer a intervenção precoce, o controlo de sintomas, o apoio emocional e a comunicação terapêutica com vista a uma relação empática, aberta, honesta e de apoio.

Foi o início do despertar para o fascinante mundo da comunicação, neste caso em Cuidados Paliativos. Na primeira semana observei a forma de comunicar da equipa, o tom

baixo e pausado, a expressão corporal, o toque afetuoso e empático. Como se escuta, compreende e devolve em relação, numa atitude espontânea e serena, alcançada pelo treino, assumida por cada um e trabalhado em equipa.

A equipa onde não conta só a competência profissional de cada um, mas é igualmente importante a pessoa que o desenvolve, assumindo que o contributo individual concorre para o sucesso e valorização da intervenção da equipa que cuida.

Este tempo passado em integração foi fundamental para reorganizar e reformular os objetivos iniciais apresentados no Projeto de Estágio e delinear estratégias/ intervenções para a aquisição de competências como Enfermeira Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica em contexto de Cuidados Paliativos que passo a apresentar de seguida.

- Prestar cuidados de enfermagem ao doente em fim de vida de acordo com o estágio emocional (KUBLER-ROSS, 1998): negação/isolamento; raiva; barganha; depressão; aceitação.
- Identificação dos efeitos terapêuticos e sua aplicabilidade nos fármacos utilizados em Cuidados Paliativos; Selecção e aplicação de medidas não farmacológicas de acordo com as situações.
- Prestar cuidados ao doente e família tendo em conta as competências básicas de comunicação em Cuidados Paliativos, nomeadamente empatia e escuta ativa.
- Acolhimento da pessoa/família ao serviço.
- Acompanhamento e preparação da família para o fim provável.

1.1.2. Actividade e competências desenvolvidas Modulo I – Cuidados Paliativos

Prestar cuidados de enfermagem ao doente em fim de vida de acordo com o estágio emocional (Kubler-Ross, 1998): negação/isolamento; raiva; barganha; depressão; aceitação.

As atividades desenvolvidas para atingir este objetivo envolveram várias situações de cuidado aos doentes e família dos quais resultaram múltiplas aprendizagens. Apresentarei alguns relatos das situações vividas, escolhidas entre muitas, no sentido de clarificar e objetivar os momentos e a edificação da aprendizagem realizada.

A primeira intervenção prendeu-se com a pesquisa bibliográfica, fundamental para a construção de um referencial teórico sólido em Cuidados Paliativos, para compreender e fundamentar as ações, nomeadamente a natureza do cuidar fundamentada em Jean Watson, o cuidar em fim de vida e as reações dos doentes em fim de vida, segundo Kubler Ross (1998), realizando uma reflexão que consta no portefólio.

A designação de “doente em fim de vida” é atribuída a uma pessoa, que por determinada circunstância, adquiriu uma doença que a conduzirá à morte, uma morte anunciada. Embora a designação “doente terminal” ainda vigore esta deve ser abandonada, porque como afirma Frias (2003:60) “terminal é característico da doença e não da pessoa” porque “embora acreditando que a morte marca o fim da vida, o que no fundo deixa de existir é a doença” porque a memória da pessoa permanecerá, exaltando o conceito de dignidade humana.

Reconhecendo a necessidade de formação nesta área, participei nos dias 16 e 17 de abril de 2011 num Workshop intitulado “Terapia da Dignidade”, organizado pelo Centro de Bioética da Faculdade Medicina da Universidade de Lisboa, cujo preletor convidado foi o Professor Doutor Harley Chochinov, que criou e desenvolve esta teoria na sua prática clínica como médico oncologista, no Canadá.

No decurso do estágio tive a oportunidade de participar num momento de “Terapia da Dignidade”, realizado por um médico da Unidade.

A Sr.^a A sofria de ELA, com dependência total para a realização das atividades de vida diária. Estava internada na Unidade há dez dias. Encontrava-se consciente, orientada e conhecedora da sua doença/prognóstico. Em termos de mobilidade não tinha qualquer controlo e apenas conservava o movimento de pinça fina na mão esquerda.

O plano terapêutico da doente foi discutido inicialmente na reunião interdisciplinar, realizada semanalmente. Neste momento formativo, é feita uma reflexão/avaliação das estratégias traçadas para cada pessoa/família, atribuídas intervenções a cada técnico de acordo com a sua área profissional, atualizado o plano de cuidados e estabelecidas estratégias para os objetivos terapêuticos desejados. As propostas de intervenção elaboradas pela equipa são posteriormente discutidas com o doente e família,

A equipa considerou que a Sr.^a A pelo comportamento apresentava sinais de depressão.

Segundo Kubler-Ross (1998) o estágio de depressão acontece quando o doente em fim de vida não pode mais negar a sua doença, quando é forçado a submeter-se a mais uma cirurgia ou hospitalização, quando começa a apresentar novos sintomas e tornar-se mais debilitado e mais magro, não pode mais esconder a sua doença. O seu alheamento ou estoicismo, a sua revolta e raiva cederão lugar a um sentimento de grande perda.

A Sr.^a A verbalizava grande angústia por se sentir prisioneira do seu corpo, um corpo que dizia não reconhecer, por compreender que a sua doença estava num estágio muito avançado e irreversível, por depender de terceiras pessoas para continuar a viver.

No momento da realização da “Terapia da Dignidade” estive como observadora e desse momento colhi enorme aprendizagem.

Através da escuta ativa nomeadamente na observação da linguagem não-verbal captada nos momentos de silêncio e na interpretação do conteúdo verbal da comunicação constatei como a doente descreveu e refletiu sobre alguns momentos da sua vida como se de um álbum de fotografias se tratasse. Sorriu, fez silêncios, chorou, intensificou o olhar.

Foi um momento muito privilegiado e que vivi com grande intensidade pela riqueza de partilha íntima, emocional e espiritual que guiada pelas propostas do questionário da terapia a doente aceitou fazer. Teve a duração de 40 minutos e no quarto estava presente o médico responsável pela doente, que aplicou o questionário.

Constatei que o desfolhar da vida em fim de vida resgata um sentimento de controlo, de valorização da pessoa pela sua história de vida, pelas derrotas, aprendizagens e conquistas.

Está-se perante a morte, como se está na vida...

A pessoa fez história, a sua... avivam-se as memórias, recordam-se sensações esquecidas, empelam-se desejos por realizar. É o apelo à dignidade humana, motor de cuidado do próprio sobre si mesmo. É a sua história que cuida a alma, devolve vida, encerra dúvidas e prepara a viagem.

No fundo, trata-se de acompanhar a vida de cada um cuidada, na medida do seu desejo, como mais ou menos realismo, mas sempre com naturalidade, até ao momento da partida. Respeitando e integrando o que foi, o que é e o que será.

Por se ter revestido de grande interesse profissional e pessoal e pela mais-valia que a divulgação desta teoria pode trazer para a comunidade científica estou a escrever um artigo relatando a experiência, que conto concluir em abril de 2012.

A raiva é um estágio descrito por Kubler-Ross (1998), que a autora diz surgir quando ultrapassado o estágio de negação. É muito difícil, do ponto de vista da família e da equipa lidar com o estágio de raiva. Isto deve-se ao facto desta raiva se propagar em todas as direções e projectar-se no ambiente, muitas vezes sem razão plausível.

O Sr. A estava internado na Unidade há um mês. Há dois anos fora-lhe diagnosticado um adenocarcinoma gástrico grau IV, com metastização óssea e pulmonar no momento. O motivo de internamento foi exaustão do cuidador, a esposa idosa, e descontrolo sintomático. Acreditou sempre que o internamento seria de curta duração e manifestava comportamentos de grande ansiedade sempre a esposa se ausentava da unidade e de revolta/raiva com a

equipa, recusando cuidados e mantendo um discurso agressivo. A avaliação da equipa considerou o doente neste estágio. Pela situação exposta elaborei um plano de intervenção, utilizando como estratégia de intervenção terapêutica a elaboração de “Agenda”.

A “agenda” é uma estratégia utilizada em Cuidados Paliativos que permite ao doente dentro das suas capacidades, decidir o que quer fazer, como e quando. Permite compreender quais as motivações internas das pessoas bem como quais são as últimas vontades e desejos. Neste caso concreto o objetivo era devolver ao doente um sentimento de controlo sobre si mesmo, que verbalizava ter perdido, resgatar-lhe o sentido de prazer em atividades que fazia no passado, descentralizando-a da vivência da doença e estabelecendo objetivos de vida no dia-a-dia.

A identificação dos sinais e sintomas do doente constituiu uma das atividades desenvolvidas para o cumprimento deste objetivo.

Segundo Twycross (2003) a avaliação dos sinais e sintomas em Cuidados Paliativos é realizada através de: avaliação (diagnóstico de cada sintoma); explicação (esclarecimento prévio ao doente antes de qualquer tratamento); controlo (tratamento individualizado); observação (avaliação contínua das medidas implementadas) e a atenção aos pormenores (considerar a individualidade de cada doente, não fazer juízos de valor).

A monitorização dos sintomas na Unidade é realizada através a escala de *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS), instrumento que permite avaliar e monitorizar nove sintomas físicos e psicológicos em doentes em Cuidados Paliativos. São eles: dor, cansaço, náusea, depressão, ansiedade, sonolência, apetite, sensação de bem-estar e dispneia. Os descritores são avaliados numa escala de intensidade de zero – ausência de sintoma – a dez – pior sensação possível. Na Unidade a avaliação era efetuada no turno da manhã e sempre que existisse uma alteração, permitindo a atempada monitorização de alterações e dos ajustes necessários, para um correto controlo sintomático.

Compreendi como o controlo sintomático em Cuidados Paliativos assume um papel fundamental na promoção do bem-estar e estratégia de intervenção no sofrimento como também no curso da doença. Como um doente com dor, agrava estados de depressão, anorexia, tornando-se menos comunicativo com a família e a equipa.

Tal como afirma Neto citando MacDonald (2006) ao controlar adequadamente os sintomas, poderemos estar a favorecer, para além da qualidade de vida, a quantidade da mesma.

Nos doentes que cuidei apliquei a ESAS, intervindo de forma consertada com a equipa, de acordo com as necessidades físicas e emocionais dos mesmos, através de medidas farmacológicas e não farmacológicas.

Identificação dos efeitos terapêuticos e sua aplicabilidade nos fármacos utilizados em Cuidados Paliativos; Selecção e aplicação de medidas não farmacológicas de acordo com as situações.

Em Cuidados Paliativos o objetivo do tratamento é o alívio do sintoma e não a correção da de qualquer parâmetro analítico (GONÇALVES, 2002).

A dor constitui uma complicação comum das doenças neoplásicas sendo um sintoma muito frequente nos doentes em Cuidados Paliativos.

Na UCP a avaliação da dor é feita pela escala analgésica da Organização Mundial de Saúde (OMS), após avaliação do doente pelo médico e enfermeiro, para a determinação e implementação dum plano individualizado de gestão da dor, que cumpre objetivos definidos quanto à reavaliação e contínua modificação respondendo às necessidades da pessoa.

Durante o estágio tive a oportunidade de realizar um Curso prático intitulado “Tratar a Dor Moderada a Intensa – otimizar os efeitos, minimizar os receios” (Apêndice A), com a duração de 4 horas, que permitiu rever princípios básicos para tratamento farmacológico da dor, a interpretação da escala da OMS e as tabelas de doses equianalgésicas dos opióides geralmente usados, ferramentas que melhoram a competência da minha atuação como Enfermeira Especialista, na identificação da relação da dose terapêutica utilizada de acordo com a via de administração utilizada.

Recordo o Sr. F., um doente a quem fora diagnosticada há cerca de um ano uma neoplasia do reto, agora em estágio final da doença, com uma ferida neoplásica a nível do reto que lhe provocava uma dor intensa e difícil de controlar. Apresentava dor neuropática, com ardor constante, hiperalgias e com dor a irradiar o dorso. Este doente estava medicado com Fentanil adesivo, com vários ajustes de dose ao longo do internamento, Morfina de ação rápida com intervalos de quatro horas e como terapêutica coadjuvante fazia Dexametasona por via epidural. A primeira observação que fiz da realização do penso apercebi-me que mesmo com analgesia prévia ao tratamento, a dor e o desconforto estavam bastante exacerbados, o doente estava angustiado e revoltado com a sua situação clínica, tinha dificuldade de deambular e sair do quarto. Vi aplicar Lidocaína em pomada para neutralizar a dor local e Brometo de Ipratrópio (aerossol) para diminuir o exsudado. Desconhecia a utilização deste último para este efeito, pelo que questionei se existia algum protocolo que mostrasse a evidência clínica da sua utilização. Não existindo, propus à Enfermeira Orientadora, realizar um “Guia de Orientação para a Prestação de Cuidados ao Doente com Ferida Neoplásica” (Apêndice B), onde apresentei a definição de ferida neoplásica, o estadiamento, cuidados em fim de vida versus tratamento de feridas, intervenções de enfermagem e material utilizado para a realização do

penso. O guia foi apresentado à equipa num momento informal após a passagem de turno. O objetivo da sua elaboração foi colmatar uma necessidade de formação com evidência científica e com a equipa gerar um momento de reflexão/formação sobre a prática, com a criação do documento a uniformidade de procedimentos.

Na situação apresentada a terapêutica analgésica foi sendo reajustada e como medida não farmacológica foi estabelecido a “passeio após o almoço” para relaxamento e fonte de prazer para o doente. Há medida que a dor foi sendo controlada, foi possível realizar esta atividade, que realizei com o doente, privilegiando o desenvolvimento da competência da escuta ativa, através da observação da linguagem não-verbal e interpretação do conteúdo verbal.

Nos últimos dias de estágio, o Sr. F apresentou agravamento súbito da doença, com alteração de estado de consciência – obliulado e com mioclonias. Nessa altura, estando a via oral comprometida, foi necessário realizar hidratação e administração de fármacos por via subcutânea.

A administração de fluidos por via subcutânea (hipodermóclise) é apresentada como via alternativa quando a via oral está comprometida. Nesta área adquiri competências na otimização desta via através da técnica de punção, vigilância do acesso subcutâneo, fármacos e soroterapia possíveis de utilizar, indicações e contra-indicações para a sua utilização.

Ainda no âmbito da aplicação de medidas não farmacológicas, a UCP possui uma sala para medidas de relaxamento através da massagem de conforto, pelo toque e através da água, numa banheira de hidromassagem, atividade que desenvolvi com o Sr. A. e que apresento plano de intervenção que consta no portefólio.

Prestar cuidados ao doente e família tendo em conta as competências básicas de comunicação em Cuidados Paliativos, nomeadamente empatia e escuta ativa.

A comunicação é um dos pilares principais em Cuidados Paliativos, funcionando como uma estratégia terapêutica de intervenção no sofrimento e controlo de sintomas associados à doença avançada e terminal (QUERIDO, SALAZAR, NETO; 2006);

Como habilidade que é a sua operacionalização só é possível apostando na formação e treino de toda a equipa porque estas competências não são intuitivas.

Inicialmente senti uma enorme dificuldade na concretização deste objetivo, porque ao observar a equipa compreendi como é complexo o mundo da comunicação em Cuidados Paliativos. A importância de não nos determos no óbvio, de ir mais além. Apenas porque as significações daquilo que é dito podem ter repercussões importantes no plano terapêutico daquela pessoa, porque se o doente partilha determinado aspeto com a equipa quer

certamente passar-lhe uma mensagem, um sinal de aviso que ajudará a reajustar aspetos do seu plano terapêutico. Observei a forma da equipa comunicar: o tom de voz baixa e pausado, a expressão corporal e facial, o toque afetuoso e empático. Como se escuta, compreende e devolve em relação. Percebi que nenhum gesto ou atitude eram intuitivos, mas refletidos, treinados e adequados a cada pessoa e situação.

A gestão inicial das emoções associada à quebra de espontaneidade, provocada pela responsabilidade de cada gesto contar e se refletir no doente e na equipa, fez-me equacionar uma estratégia pessoal para superar dificuldade sentida.

Foi um investimento crucial na pesquisa bibliográfica, artigos científicos, reflexão e avaliação das interações realizadas com o doente/família, observação da equipa e apoio estratégico por parte da Enf.^a orientadora, da Psicóloga da equipa e orientação da Professora Tutora. Compreendi que o desenvolvimento destas competências passava pelo treino aliado a não me constranger demasiado com o sofrimento, de me conseguir relacionar com os doentes descentralizando-me da ideia fatalista de um fim próximo, sem desvalorizar o processo de doença, integrando a história de vida de cada um, sem projeções pessoais, na promoção e significação da dignidade e autonomia de cada uma daquelas pessoas.

Para objetivar mais o trabalho a realizar, expresso nos registos de intervenção que constam em Anexo, direcionei o treino de competências para a empatia e escuta ativa.

Para Bermejo (1998) a empatia expressa-se na atitude que permite captar o referencial do outro, o significado de quem a vive, para que este se sinta verdadeiramente compreendido. A empatia é uma atitude interior que se repercute em atitudes concretas como a escuta ativa e a resposta compreensiva. O mesmo autor afirma ainda que a empatia é a possibilidade de assimilar o outro, de penetrar na sua afetividade, de sentir com ele (mas não por ele). O autor considera que a atitude empática é um processo que pode ser dividido nas seguintes fases:

- Fase de identificação – o profissional penetra na experiência que o outro está a viver, capta a envolvimento e envolve-se com a pessoa e com a situação;
- Fase de incorporação e repercussão – descrita como um passo à frente no conhecimento do outro porque envolve os sentimentos secretos de ambos os intervenientes. A constatação de uma proximidade interior (incorporação) e o ressoar da minha interioridade quando analiso e observo o outro;
- Fase da separação – o necessário restabelecimento da distância afetiva, ou seja, a envolvimento profunda no outro mantendo-se sempre no seu referencial cognitivo e emocional são. É fundamental para a prevenção do *burn-out*.

Utilizei este referencial teórico para aprofundar esta técnica de comunicação, que desenvolvi em múltiplas interações com doente/família, focada em quem cuidava, mas também num esforço por interiormente conseguir este nível de comunicação, que implica autoconhecimento e crescimento interior e que constituí uma arma poderosa e imprescindível para o estabelecimento de uma verdadeira relação de ajuda. Como enfermeira penso que a somar a todas as competências técnicas que a especialidade contempla, esta foi sem dúvida a área que mais prazer me deu investir e trabalhar. Serei especial para quem cuido se conseguir chegar até si, com verdadeiro interesse pelo outro, com autenticidade, neutralizando o meu mundo interior e concentrando-me no outro, comunicando-lhe compreensão pelo que está a viver.

Se a empatia é uma disposição interior para o outro são necessárias ferramentas que a traduzam em habilidades de comunicação efetiva. Assim, a escuta exige a disposição de acolher com atenção o mundo exterior que nos é relatado, na mensagem que é dita.

Para Bermejo (1998) escutar significa muito mais que ouvir – significa estar atento para ouvir, centrando-nos no outro, acolhendo as suas experiências de vida, transmitindo confiança, compreensão e respeito, centrando as nossas energias nas necessidades da pessoa ajudada.

Na relação que estabeleci com doentes e famílias apliquei e treinei esta competência em muitas situações: nos monossílabos e interjeições que proferia manifestando a minha presença atenta no diálogo, nos silêncios partilhados profundamente ricos experienciados como os doentes em agonia, no treino que tive necessidade de fazer para não interromper diálogos, esperando e respeitando a agenda do doente, aquilo que me queria dizer, sem juízos de valor; a concentração no outro, o tom de voz usado, as pausas, a velocidade do discurso... e sentir como é tão mais rica e proveitosa para a pessoa mas também para o profissional, a relação estabelecida numa base de verdadeira compreensão.

Discuti e refleti com a Enf.^a Orientadora aspetos técnicos que permitem o desenvolvimento destas competências como: acenar com cabeça, de vez em quando para mostrar que se continua atento; explorar as pistas que o doente nos dá; se o doente parar a meio de uma frase ajudá-lo a retomar repetindo as três últimas palavras, devolver as questões; fazer perguntas sobre sentimentos; validar os sentimentos; observar a linguagem corporal e considerar/ ponderar as pistas não-verbais; resumir a conversa e compreender em que medida se entenderam os problemas do doente e pedir-lhe que tendo uma lista longa de problemas nos indique a sua prioridade, e experimentei a sua aplicação na prática.

Recordo o Sr. M. um doente em fase agónica que acompanhei até ao momento final, cuja intervenção revela o desenvolvimento das competências de observação, empatia e escuta ativa que consta no portefólio.

Sensivelmente a meio do percurso do estágio pediram-me que partilhasse com os outros alunos da especialidade o que estava a fazer em Cuidados Paliativos. Que difícil tarefa! Como explicar e passar esta mensagem a quem não conhece a realidade, quem nunca pairou sobre o mundo dos Cuidados Paliativos. Se a mim me parecia inatingível quando comecei, o que dizer a quem nunca entrou? Elaborei com muito cuidado e dedicação um filme sobre a comunicação em Cuidados Paliativos (Apêndice C) – queria partilhar o sentimento bom do cuidar que vivia diariamente na prestação de cuidados, levar à reflexão de cada um, sem pretencionismos, que podemos ser especialistas dominando as técnicas mais avançadas mas que nos tornaremos verdadeiramente especiais se descobrirmos técnicas que nos conduzam ao âmago do outro. E assim dignificamos Enfermagem tal como afirma Jean Watson (2002), reconhecendo que o outro é tão misterioso e complexo como cada um nós, e enlhecemos “a ciência do cuidado que é complementar à ciência da cura”.

O filme foi apresentado aos alunos da Especialidade no momento de partilha de projectos, à equipa na reunião semanal e ainda no Congresso de Cuidados Paliativos, organizado pela Casa de Saúde da Idanha, numa mesa intitulada “Comunicação em Cuidados Paliativos”, que decorreu durante dois dias na instituição.

Tive, ainda, a oportunidade de participar numa formação em serviço, organizada pela psicóloga da equipa da UCP, intitulada “Comunicação em Cuidados Paliativos”, que permitiu cimentar conhecimentos e participar na reflexão conjunta sobre a temática.

À equipa e como o objectivo de evidenciar a importância da comunicação em Cuidados Paliativos, desenvolvi o conceito da “box comunicante”.

Trata-se de uma caixa em vidro com o objectivo de guardar com zelo os processos clínicos, que no fundo reúnem a pessoa/família e a equipa, no registo que é feito do trabalho realizado, ou seja, mais dois dos pilares de Cuidados Paliativos.

Esta caixa visa ser um instrumento de comunicação onde cada um pode se assim o entender, partilhar uma frase, uma palavra, um momento. Foi oferecida numa reunião semanal e colocada na mesa da sala de trabalho.

Foi uma forma encontrada de com criatividade dar resposta à promoção do desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, promovendo a reflexão acerca da importância da comunicação em Cuidados Paliativos mas também uma forma de cuidar e promover a comunicação no seio da equipa.

Acolhimento da pessoa/ família ao serviço

Acompanhamento e preparação da família para o fim provável

As atividades desenvolvidas para atingir estes objetivos têm em comum competências de comunicação anteriormente apresentadas, desenvolvidas no momento de acolhimento, conferência familiar e comunicação de más notícias, justificando assim a sua apresentação conjunta.

Acolher, significa receber bem, com atenção, tempo e disponibilidade para escutar e valorizar as particularidades de cada um (MÂNGIA *et al.*,2002).

Nos serviços de saúde pressupõe a promoção de condições para compreender as necessidades do doente/família, fundamentais para a definição de um projeto terapêutico, fazendo depender o sucesso de todos os cuidados que irão ser instituídos.

O acolhimento constituiu o primeiro contacto do doente e família com a unidade enquanto espaço físico e equipa que dela faz parte.

Nas situações em que realizei acolhimento (3) procurei que a minha postura demonstrasse interesse e disponibilidade pela pessoa/família que acolhíamos na UCP, pela sua história de vida, compreendendo os motivos do internamento.

Importa relatar uma situação em que participei no acolhimento, juntamente com a Enf.^a Orientadora e o médico de serviço, momento de aprendizagem e de desenvolvimento de competências de comunicação e acolhimento à pessoa em fim de vida e sua família.

O Sr. S de 74 anos deu entrada na UCP em cadeira de rodas, vindo do domicílio acompanhado pela esposa, Sr.^a M de 72 anos. O motivo do internamento foi descontrolo sintomático e exaustão do cuidador.

Iniciamos o diálogo apresentando todos os intervenientes e explicando o objetivo de estarmos reunidos. Foi apresentado o espaço físico, nomeadamente o quarto do Sr. S que pediu de imediato para se deitar. Apresentava fácies pálido, mucosas desidratadas referindo astenia e adinamia. Após os cuidados de conforto no leito, e na presença do Sr. S. pedimos à Sr.^a M “fale-nos do seu marido”. A Sr.^a M explicou todo o processo de doença do seu marido até então e das dificuldades que sentia ao cuidar sozinha e em casa do Sr. S. O casal tem um filho que reside na Madeira e até então não tinham apoio algum para cuidados no domicílio. Falou-nos também das suas próprias debilidades de saúde e de como se tinham agravado agora que tinha de estar 24 horas com o seu marido.

Esta mulher estava evidentemente exausta. Preocupada com a evolução clínica do marido e com a sua incapacidade de o cuidar sozinha mas simultaneamente apresentava um sentimento de ambiguidade pelo facto de “o estar a internar”. Mostrou também um sentimento de profundo descontentamento com os cuidados de higiene, que o Sr. S tinha recebido em casa na semana que antecederia o internamento. Foi explicado a importância da presença da família e a possibilidade de estarem 24 horas, mas também a importância da Sra. M se cuidar durante o tempo de internamento do Sr. S. na UCP, para que este pudesse depois regressar ao domicílio. Foi validada a importância que a equipa confere ao conhecimento dos gostos pessoais da pessoa, os seus hábitos e costumes para que dentro das possibilidades estes possam ser mantidos. No final desta conversa introdutória a Sr.^a M verbalizou “sinto-me segura, sinto que vamos ficar bem convosco e que o meu marido será bem tratado”, evidenciando o cumprimento de um objetivo do acolhimento que consta no protocolo de “Admissão do doente na UCP S. Bento Menni – “o acolhimento reduz os níveis de stress à medida que conforta o sujeito que no momento de internamento se encontra em sofrimento, seja pela sua própria doença ou do seu familiar”. No final deste primeiro momento de acolhimento foi entregue o Guia de Acolhimento da UCP.

Em equipa foi depois constituído o processo clínico do doente, realizado o preenchimento da folha de identificação, instrumento de colheita de dados de enfermagem, escala de atividades funcionais de vida diária – Índice de Katz, escala de atividades instrumentais de vida diária. Índice de Lawton e escala de avaliação de risco de úlceras de pressão – escala de Braden.

Outro momento importante que permitiu o desenvolvimento de competências comunicacionais ao doente em fim de vida e sua família aconteceu durante a participação numa conferência familiar.

Tal como afirma Neto (2003) a família de um doente sofre também o impacto da fase avançada de doença incurável e, como tal, para que possa ajudar o doente e ajudar-se a si própria, deve ter acesso a apoio adequado por parte dos profissionais de saúde.

A conferência familiar corresponde a uma forma estruturada de intervenção na família e tem como objetivos principais: a promoção da adaptação emocional individual e coletiva à situação de doença terminal; a capacitação para a realização de cuidados ao doente e do autocuidado da família e a preparação para a perda e a prevenção de um luto patológico.

As conferências são preparadas e discutidas em equipa interdisciplinar, pois o sucesso das mesmas depende da sua organização prévia e do estudo da situação da pessoa doente e família. Foi decidido previamente quais os elementos da equipa que estariam presentes, foram clarificados e consensualizados os objetivos da conferência bem como a finalidade da reunião.

Relativamente ao caso prático onde participei, a família foi convocada por agravamento do quadro clínico do doente, um motivo que justifica este tipo intervenção (NETO, 2003).

O registo da Conferência familiar realizado por mim à *posteriori* consta no Apêndice D.

Na UCP utiliza-se o Modelo de Buckman para a comunicação de más notícias, consideradas as que envolvem uma mudança drástica na perspetiva de futuro, no sentido negativo (BAILE, 2000).

Tal como afirma Twycross (2003) “o ato de dar más notícias (...) pode ser benigno ou maligno. As notícias também podem ser invasivas e os efeitos de uma má comunicação com o doente podem metastizar a sua família. A verdade é um dos agentes terapêuticos mais poderosos que temos ao nosso dispor, mas temos ainda que desenvolver uma compreensão adequada da sua farmacologia clínica e reconhecer a posologia ótima para a sua administração”.

Este modelo contempla seis passos dinâmicos. São eles: preparação, descobrir o que o doente sabe, descobrir o que o doente quer saber, partilhar informação, responder às emoções do doente e planear o acompanhamento (BAILE, 2000).

O treino das competências de comunicação aliadas a este guia orientador permitiu nas relações estabelecidas com os doentes/famílias o aumento da confiança e das competências em formular um plano para a transmissão de más notícias.

Neto citando Vanderkief (2006) afirma que numerosos estudos demonstram que os doentes desejam geralmente a informação franca e empática de um diagnóstico terminal ou de outras más notícias. Como Enfermeira dar más notícias ainda é uma tarefa difícil de desempenhar, mas estou segura de que o trabalho desenvolvido durante o estágio permitiu reduzir o desconforto que sentia inicialmente e fortalecer competências relacionais.

Tal como me foi dito por uma Enf^a Cordenadora quando terminei o estágio “mesmo que nos contextos da tua prática não consigas fazer Cuidados Paliativos, intervém com ações paliativas”. “Serás uma mais-valia para quem cuidas”.

De facto a torrente de experiência, estudo, partilha e aquisição de novas competências enche-me deste sentimento e também da responsabilidade futura como Enfermeira Especialista por ter integrado esta Unidade de Cuidados Paliativos.

Em termos de síntese deste subcapítulo importa ressaltar alguns aspetos globais, relativos às competências desenvolvidas e adquiridas, ao longo desta rica experiência de estágio em Cuidados Paliativos:

- Prestação de cuidados de enfermagem, segundo uma prática avançada ao doente em fim de vida e sua família;
- Avaliação, planeamento e adequação de metodologia científica na análise de situações vividas na prática;
- Afirmção na prática e no estudo e trabalhos desenvolvidos de conhecimentos profundos no cuidar o doente em fim de vida e sua família na vertente da comunicação e controlo sintomático;
- Integração na prática de cuidados de resultados provenientes de estudos de investigação;
- Participação e promoção da investigação/formação em serviço em Cuidados Paliativos;
- Realização da gestão de cuidados aos doentes em fim de vida e suas famílias
- Desenvolvimento autónomo do processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional.

1.2. MÓDULO II – SERVIÇO DE URGÊNCIA

A Enfermagem de urgência caracteriza-se pela prestação de cuidados a indivíduos, que apresentam alterações de saúde física ou psíquica, percecionadas ou reais. São normalmente episódicos, primários e agudos (SHEEHY'S, 2001)

Os Serviços de Urgência são locais de atendimento pluridimensionais, atendendo pessoas como diversas patologias em situação urgente e emergente, o que exige aos profissionais de enfermagem um conjunto ímpar de capacidades de avaliação, intervenção e tratamento, de âmbito geral e especializadas.

O Serviço de Urgência Geral do Hospital São Francisco Xavier (HSFX) caracteriza-se por ser um Serviço de Urgência Médico-cirúrgica, (Despacho n.º 727/2007) com atendimento vinte de quatro horas, nas áreas de medicina interna, cirurgia geral, ortopedia/ traumatologia, psiquiatria, imunohemoterapia, anestesiologia, bloco operatório, imagiologia, (radiologia convencional, ecografia simples, TAC), patologia clínica. Tem ainda o apoio das especialidades de cardiologia, neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, urologia, nefrologia (com diálise para situações agudas) e medicina intensiva (unidade de cuidados intensivos polivalente e cirúrgicos).

A opção por este serviço prendeu-se com o facto de este ter uma grande afluência e dar resposta a diferentes situações de urgência/emergência, o que possibilitou o desenvolvimento de competências numa vasta área de atuação.

Relativamente à estrutura física é constituído por vários sectores: Sala de Triagem com dois postos de atendimento, Urgência Ambulatória, Sala de Reanimação, Balcão Geral de Atendimento, Balcão de Trauma, Gabinete de Psiquiatria, Sala de Decisão Clínica (2) e Sala de Observação com a capacidade regulamentada de quinze doentes.

No que concerne aos recursos humanos a equipa multidisciplinar é composta por um elevado número de profissionais, nomeadamente médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, assistentes administrativos, assistentes sociais, técnicos de radiologia e cardiopneumologia, polícias, seguranças, equipa de voluntários e funcionários de limpeza.

A equipa de enfermagem é composta por 90 enfermeiros, três dos quais afetos à prestação de cuidados são Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica. Os enfermeiros estão distribuídos em cinco equipas, coordenadas por um coordenador e subcoordenador de equipa, alguns deles Enfermeiros Especialistas e nomeados pela Enfermeira Chefe de Serviço.

As competências do Enfermeiro especialista em Urgência, entrecruzam as traçadas pela Ordem dos Enfermeiros, na prestação de cuidados direta ou indireta, na criação e aplicação de normas da prática, no âmbito da gestão e investigação, colocando-se em condições ímpares para influenciar a profissão, a especialidade e sobretudo o doente (SHEEHY'S, 2001).

A proveniência dos doentes é maioritariamente de ambulatório, recebendo também os doentes que são transferidos para o hospital por ser a sua área de residência e as situações/patologias mais frequentes são: poli traumatizados, enfarte agudo de miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência cardíacas e respiratórias e patologia psiquiátrica como intoxicações medicamentosas ou surtos psicóticos.

O circuito do doente inicia-se na admissão onde é registado o episódio de entrada no hospital. Nos doentes em maca este procedimento é realizado pelo responsável do transporte. De seguida é chamando para o sector de Triagem, onde segundo o protocolo de Manchester, lhe é atribuída um grau de prioridade, a que corresponde uma cor. Se esta for elevada – laranja (muito urgente) ou encarnado (emergente) – o utente é diretamente encaminhado para a Sala de Reanimação; se lhe for atribuído um nível de prioridade urgente – amarelo; pouco urgente – verde, ou não urgente – azul, o utente aguarda na sala de espera até ser chamado para observação médica.

1.2.1. Objetivos específicos do Modulo II – Serviço de Urgência

Para este módulo delinee no momento da elaboração do projeto de Estágio os seguintes objetivos:

- Prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica
- Prestação de cuidados de enfermagem especializados no sector da Triagem

Com o inicio do Estágio e a integração no contexto de Serviço de Urgência , existiu a necessidade de adequar as intervenções preconizadas inicialmente aos objectivos traçados, de acordo com as necessidades e lacunas que poderia colmatar no serviço. Esta consciencialização decorreu sobretudo na primeira semana de estágio, altura de integração ao serviço.

No primeiro dias de estágio fiquei a conhecer a Enfermeira Orientadora e os elementos da equipa, nomeadamente as Enfermeiras coordenadoras do serviço e consultei os protocolos do serviço.

Conhecia o serviço vagamente, porque durante alguns anos trabalhei naquele hospital, mas não conhecia a sua dinâmica, como é recebida, cuidada e encaminhada a pessoa que recorre ao SU.

Senti essa necessidade, a de compreender em que direção circulavam as pessoas que ali recorriam, como eram atendidas, onde e porquê. Solicitei assim que antes de me debruçar concretamente nos objetivos que me propus desenvolver, experimentasse a prestação de cuidados em cada um dos sectores, num total de seis turnos.

Deste contacto e conhecimento das diversas áreas, surgiram as primeiras reflexões que culminaram com a reformulação dos objetivos delineados inicialmente.

Inquietou-me o ruído, fala-se alto nos corredores, doentes e profissionais. O espaço é exíguo e muitas vezes não há onde colocar mais pessoas em macas. Mas tem de existir, por isso, gere-se o espaço como é possível, aniquilando a proteção à intimidade, timidamente protegida por biombos, ao ambiente seguro, ao repouso, à presença dos familiares. Vi ainda assim existir um esforço contínuo por parte da equipa de enfermagem para cuidar o melhor possível.

Na triagem pude constatar a grande afluência de pessoas às urgências hospitalares.

Vi triar casos emergentes, urgentes, menos urgentes e nada urgentes. É um retrato social impressionante.

Desviando-me das situações que objetivamente necessitam de cuidados urgentes ou emergentes, as pessoas que ali recorrem, chegam na esperança de colmatar as longas esperas no Médico de Família, de encontrar alguém que as escute, que valorize o que sentem, que se possa ocupar delas.

Muitos estão sós, entregues a consumos exagerados de álcool ou de anti-depressivos, entregues apenas a si mesmos. Desempregados, reformados, sem suporte familiar ou social, novos e velhos. Muitos!

Trata-se de um grande desafio no âmbito dos conhecimentos técnicos, no sentido de dominar áreas tão distintas como o reconhecimento de uma pessoa com sintomas de EAM ou de depressão major com risco de auto agressão. Foi necessário um estudo aprofundado e diário das situações foram surgindo, um conhecimento seguro e fundamentado, o qual me esforcei por dar resposta através do estudo e aprofundamento das áreas de emergência, nomeadamente dos cuidados de enfermagem à pessoa com EAM, AVC, PCR, mas também na área da psiquiatria, da relação de ajuda, pesquisas e reflexões que constam do portefólio.

Assim achei pertinente a reformulação dos objetivos, acrescentando atividades mais específicas a cada um deles.

- Prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, nomeadamente em situação de Acidente Vascular Cerebral (AVC) , Enfarte Aguado do Miocárdio (EAM) e Paragem Cardiorespiratória (PCR).

1.2.2. Actividades e competências desenvolvidas no Módulo II – Serviço de Urgência

De forma a objectivar intervenções realizadas optei pela descrição das actividades concretizadas nos objectivos traçados.

Prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica, nomeadamente em situação de AVC, EAM e PCR.

Para o cumprimento deste objectivo optei por focar a minha intervenção sempre primordialmente na Sala de Reanimação, embora também tenha prestado cuidados nos restantes sectores, nomeadamente na Sala de Observações.

Através da prestação de cuidados na Sala de Reanimação foi possível desenvolver e aprimorar competências na identificação de focos de instabilidade bem como priorizar cuidados ao doente crítico.

Através da observação cuidada, do raciocínio clínico assente nos sintomas observados, na mobilização de conhecimentos, tentei otimizar diariamente a agilidade e preciosismo no plano de cuidados traçado ao momento para cada pessoa.

A dificuldade inicial foi gerir a emotividade de “receber” um doente em risco eminente de vida. Optei por inicialmente manter-me mais recuada na linha de ação para vencer este obstáculo inicial e também para compreender a dinâmica de trabalho da equipa. Recorri à pesquisa nomeadamente no que concerne às temáticas da PCR, Via Verde de AVC e EAM, entre outros que apresento no portefólio.

Durante o estágio participei em cinco situações de PCR, uma das quais considero importante relatar.

Tratava-se de uma doente de 45 anos a quem tinha sido diagnosticado um EAM com indicação para cateterismo de urgência e que por isso, iria ser transferida para o Serviço de Hemodinâmica do Hospital de Santa Cruz, que dá apoio ao HSFX na área de cardiologia de intervenção. A doente estava consciente, orientada e muito preocupada com a sua situação clínica, porque lhe tinha sido explicada a gravidade da lesão do miocárdio. Após ser estabilizada do ponto vista hemodinâmico a doente estava a ser preparada para o transporte. Estava a observar os procedimentos quando subitamente olhando para o monitor apercebo-me que a doente estava em Taquicardia Ventricular. O seu fâcies estava pálido e o olhar transmitia pânico. Alertei de imediato para a evidência de uma situação de peri-paragem. Existia muito barulho na sala e num espaço relativamente pequeno e com a capacidade de receber quatro doentes, estavam três e cerca de dez pessoas, entre médicos, alunos de medicina, técnico de cardiopneumologia, anestesista, dois enfermeiros, um assistente operacional e dois bombeiros com a maca e aparelhos de monitorização para o transporte. Verificou-se PCR e iniciaram-se procedimentos de Suporte básico de Vida seguido de Suporte Avançado de Vida. A doente recuperou, foi ventilada e estabilizada hemodinamicamente e posteriormente realizou-se o transporte.

Após esta situação refleti com a Enfermeira Orientadora o ambiente em que se tinha gerado a PCR e os cuidados prestados. Na sala, além do ruído e do elevado número de pessoas registou-se a ausência de liderança nos cuidados em Suporte Avançado de Vida e a rotatividade dos Enfermeiros nas funções que desenvolviam durante a PCR.

Esta reflexão fez-me concluir a inexistência de uniformidade de procedimentos de Reanimação, constando posteriormente que as *guidelines* de PCR presentes no dossier da Sala de Reanimação estavam desatualizadas. Assim propus fazer essa atualização, bem como a criação da “*Checklist* de Enfermagem na PCR”.

Para a elaboração deste documento (Apêndice E) além da consulta de referências bibliográfica, conversei com alguns chefes de equipa e Enfermeiros da Sala de Reanimação no sentido de elaborar um documento adequado à prática e, simultaneamente, motivar a equipa para a importância do registo e uniformização de procedimentos. Subsequente à criação deste documento e com a importância atribuída ao registo dos procedimentos realizados pelos Enfermeiros/equipa multidisciplinar, quer para monitorização dos procedimentos efetuados, quer por questões ético-legais inerentes à prática clínica, o Gabinete de Coordenação de Enfermagem propôs-me a elaboração de um outro documento para “Registo de Reanimação Cardio-Respiratória” (Apêndice F), para integrar um projeto do Serviço de registo de PCR na Sala de Reanimação. Disponibilizei-me de imediato e apresentei o documento para ser depois processado informaticamente e à semelhança do que iria acontecer com a “Checklist de Enfermagem” constar no *template* informático, visto que não existem registos em papel.

Na conceção destes documentos esteve implícita a indicação expressa no documento Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, elaborado pela Ordem dos Enfermeiros (2002) em que é referido:

“No processo da tomada de decisão em enfermagem na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpora os resultados da investigação na sua prática. Reconhece-se que a produção de guias orientadores da boa prática de cuidados de enfermagem baseados na evidência empírica constitui uma base estrutural importante para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros”.

Para além deste aspeto incorpora também a intenção de uniformizar procedimentos, maximizar e melhorar os processos de comunicação em situação de emergência e permitir através do registo sistemático dos eventos a existência de *re-briefing* que otimiza o treino dos profissionais e o funcionamento das equipa de reanimação bem como futuros trabalhos de investigação no sentido da melhoria contínua dos cuidados prestados. Ambos os documentos foram apresentados numa ação de formação realizada no serviço e contou com a participação de cerca de vinte enfermeiros do serviço (Apêndice G).

A prestação de cuidados diária na Sala de Reanimação permitiu também executar cuidados técnicos de alta complexidade ao doente crítico, nomeadamente em Suporte Avançado de Vida, através do apoio médico à entubação endotraqueal, aos cuidados de enfermagem ao doente ventilado (manutenção do tubo orotraqueal, aspiração de secreções, cuidados de higiene oral, elevação da cabeceira, entubação oro-gástrica), colocação de acessos periféricos em doentes com rede venosa em vasoconstrição, punção arterial, colocação e seleção de colar cervical e plano duro em doente vítima de trauma, entre outros.

Estes aspetos técnicos somados à garantia da segurança do doente crítico, foram também operacionalizados no transporte intra e extra hospital realizados.

Aprofundei através da pesquisa bibliográfica conhecimentos em suporte Avançado de Vida, nomeadamente através de artigos científicos que partilhei com a equipa médica e de enfermagem, com novas evidências científicas na área, não incluídas na prática do serviço, nomeadamente: a utilização de lâminas retas para entubações difíceis, que justifica a sua presença no carro de emergência, segundo a Orientação da Direcção-Geral de Saúde (2011) para a normalização dos carros de emergência no Serviço de Urgência, não existindo consenso entre a equipa médica e de enfermagem; a controvérsia da utilização de gel nos tubos oro-traqueais no momento da entubação orogástrica e a entubação orogástrica nos doentes ventilados, aspetos que se entrecruzam também com a prevenção de infeção hospitalar associados aos cuidados de saúde. Estes artigos constam do portefólio.

Apresentei à equipa três artigos, como estratégia pro-activa a implementar no serviço visando a prevenção e controlo da infeção do serviço que cursam sobre as infeções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente e aos cuidados de enfermagem para prevenção da pneumonia associada à ventilação mecânica, que entre outros apresentavam a entubação orogástrica no doente ventilado com evidência Ib (evidência obtida a partir de pelo menos um ensaio clínico, controlado e randomizado), aspeto que era do desconhecimento da equipa multidisciplinar.

Para além do interesse sempre demonstrado pela equipa de enfermagem, foi muito interessante sentir que a equipa médica afeta à Sala de Reanimação se mostrava envolvida e interessada na partilha de conhecimentos que simultaneamente revelavam confiança nos cuidados prestados, pela evidência de que estes assentam em pilares teóricos válidos e atuais do ponto de vista científico. Foi meu intuito estimular a capacidade de interação da equipa e a discussão sobre os casos clínicos e simultaneamente implementar respostas de enfermagem apropriadas às situações/ complicações, tornado evidente que há um core específico de enfermagem em cuidados de Emergência.

Sugeri ainda ao gabinete de coordenação de enfermagem a organização da sala de Reanimação no que concerne à soroterapia, pois constatei que existiam solutos com frascos iguais e rótulos semelhante muito próximos o que poderia conduzir ao erro (ex.: Manitol 10%, Manitol 20%). São aspetos que constam nos documentos de acreditação hospitalar, na área da segurança do doente e que partilhei com a equipa.

Para além deste aspeto esforcei-me para que a minha atitude refletisse conhecimentos sólidos na área de higiene hospitalar e na prevenção e controlo da infeção, porque se por vezes a natureza do serviço empurra a gestos irrefletidos é possível cuidar com rigor no serviço de Urgência.

Tive também a possibilidade prestar cuidados a doentes com AVC que ao abrigo do programa “Linha Verde de AVC” entravam diretamente na Sala de Reanimação normalmente trazidos pela Viatura Médica de Emergência Rápida ou pelos Bombeiros.

O Documento sobre Recomendações Clínicas para Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e o Acidente Vascular Cerebral (AVC) (Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, 2007) apresenta as regras de inclusão que estes doentes devem apresentar. Em contexto hospitalar quando o doente é admitido é acionada a equipa de Neurologia que pelo exame neurológico valida a inclusão ou exclusão do doente no programa “Via Verde”. Se avaliação for positiva o doente é imediatamente encaminhado para realização de Tomografia Axial Computorizada (TAC) e definida a etiologia isquémica ou hemorrágica, assim é decidido o internamento.

O doente que cuidei neste âmbito tinha 65anos (idade inferior a 80 anos) e durante um passeio com a esposa, sentiu desvio da comissura labial e dificuldade em articular palavras (sinais de alerta para AVC). Foi transportado por bombeiros e quando chegou ao Serviço de Urgência tinha passado 1H30 desde o início das queixas (início de sintomas há menos de 3 horas). Após avaliação pelo médico neurologista, que validou os sinais neurológicos apresentados, acompanhei juntamente com médico o doente que realizou TAC. Confirmou-se um AVC isquémico e o doente tinha indicação para realização de fibrinólise, sendo de imediato transferido para a Unidade de AVC’s do mesmo hospital.

À esposa naturalmente ansiosa com a situação foi sendo explicado os cuidados prestados e foi depois acompanhada até à Unidade de AVC’s onde conversou com a equipa médica e de enfermagem.

Em clima de adversidade, provocado pela dinâmica de receber doentes emergentes, e depois de identificadas evidências fisiológicas de mal-estar, mantivemos a preocupação constante em não descurar os aspetos emocionais e do bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica, através da reflexão holística da pessoa, devolvida em cuidados de conforto, como oferecer uma almofada, posicionar o doente em conforto no leito, referenciar uma situação de sofrimento psíquico à equipa de Psiquiatria ou ler a Bíblia com uma doente que o solicitou na Sala de Reanimação. Acima de tudo manter uma atenção máxima na resposta globalizante à pessoa que recorre ao Serviço de Urgência, que muitas vezes mascara, nos sintomas físicos apresentados, situações de grande fragilidade psíquica e social.

Foi através de técnicas de comunicação, adaptadas à complexidade do estado de saúde da pessoa que me esforcei por quebrar barreiras à comunicação impostas muitas vezes por não encontrarmos espaço para conversarmos com as pessoas, para ouvirmos as suas

preocupações, por desvendar a razão primária da administração de um ansiolítico, por acolher o choro ou um olhar de tristeza profunda que em nós esbarra.

Trabalhei e desenvolvi a escuta, a presença efetiva e reveladora de interesse e envolvimento no outro, a empatia e o toque que nos doentes ventilados a quem prestei cuidados incluíram também a mímica labial e o esforço redobrado na compreensão mútua, com o intuito de selecionar e utilizar de forma adequada, as habilidades de relação de ajuda à pessoa em situação crítica, refletindo uma prática igualmente avançada e humanizante.

Ainda no âmbito da prestação de cuidados na Sala de Reanimação gostava de partilhar uma experiência vivida no cuidado a uma idosa que cuidei.

Tratava-se de uma doente com adenocarcinoma gástrico grau IV com metastização óssea trazida de um lar por prostração e dificuldade respiratória. Encontrava-se arreactiva e bradipneica.

A primeira abordagem na sala, seguindo o A (*airway*) B (*breathing*) C (*circulation*), é sempre a monitorização cardíaca e a canalização de acesso venoso para colheita de sangue, soroterapia e fármacos.

Aquela doente estava pálida, muito emagrecida com um grau de desidratação severo. Parecia tão frágil. Tinha o seu pijama vestido que seria necessário retirar para fazer o despersonalizante “espólio”.

Recebemos a informação trazida pelos bombeiros, cruzei o meu olhar com a enfermeira orientadora. Percebemos que esta era uma doente em fim de vida. Mas tinha acabado de entrar numa sala de reanimação!

Não havia veias passíveis de serem picadas, via um esgar de desconforto no seu rosto. A respiração era ruidosa. Pensei com receio que se podia iniciar uma abordagem fútil e invasiva.

Ao observar o seu corpo emagrecido senti um *implantofix*®. Paramos nas tentativas de punção venosa.

Conversei com o médico presente na sala, ciente que as decisões se querem em equipa, pelo imperativo de que a partilha lhes acrescenta valor e porque envolvendo todos, o sentimento de bem-estar pelo melhor cuidado e assistência àquela pessoa se reparte por todos.

Sugeri que utilizássemos o *implantofix*® com via de administração de soro e fármacos.

Sugeri a via subcutânea para administração de Morfina em perfusão contínua e Butilescopolamina endovenoso para melhorar a sua respiração ruidosa. E assim fizemos.

Antes ainda tentei melhorar o conforto no leito, neste caso uma maca *Stryker®*... aconcheguei ao seu pijama azul uma enorme cobertor, primei para que se pudesse sentir contida, acompanhada. Expliquei que estava no hospital, que iríamos conversar com a sua família, questionei-a sobre a presença de dor que lentamente, com aquele ritmo que só estes doentes nos ensinam me parecia dizer que não tinha.

Transferimos depois a Sr.^a para Serviço de Observação, calma, serena e eupneica.

Foi profundamente gratificante saber que conseguimos numa sala de reanimação contribuir para o processo de dignificação da morte daquela pessoa e que como Enfermeira Especialista tinha conseguido fazer uma avaliação, planeamento e avaliação da situação presente, integrando conhecimentos, maximizando a intervenção em prol da pessoa cuidada.

A propósito da dinâmica de cuidar doente em fim de vida no Serviço de Urgência, surgiu numa conversa informal com uma voluntária a necessidade de formação por parte dos voluntários nesta área. Dizia-me a voluntária que muitos dos que fazem parte daquela equipa de apoio à urgência se sentem constrangidos com o acompanhamento ao doente em fim de vida, que não sabem o que fazer ou dizer, como falar, como acompanhar as famílias. Firmei o compromisso de que tudo iria fazer para ajudar a colmatar aquela necessidade de formação/apoio. Fiz de seguida o convite à professora tutora porque senti que seria uma mais-valia de experiência profissional na área. Não foi possível durante o período de estágio fazê-lo mas o projeto vai iniciar-se dia 3 de março, com a primeira reunião que servirá para fazer um diagnóstico de intervenção e traçar os objetivos para sessões futuras, que vão ao encontro das necessidades dos participantes. A primeira sessão contará com a presença de cerca de vinte voluntários.

Prestação de cuidados de enfermagem especializados no sector da Triage

O Serviço de Urgência do HSFX utiliza desde 2005 o Sistema de Triage de Manchester para classificar o nível de gravidade dos doentes que ali recorrem.

Este sistema Triage é uma ferramenta de seleção de prioridades em contexto de Urgência desenvolvido em 1997 no Reino Unido.

Em Portugal a entidade responsável pela disseminação/ formação/ implementação deste sistema operativos nos diversos hospitais portugueses onde funciona é o Grupo Português de Triage.

A sala de Triagem tem dois postos de atendimento onde os doentes são observados e de acordo com a queixa major, avaliados segundo discriminadores, cujo resultado permite aferir um grau de gravidade, ao qual corresponde uma cor.

A triagem no Serviço de Urgência é o ponto de início do processo de prestação de cuidados no hospital (GORANSSON, 2008). Define-se como um procedimento sistemático e dinâmico de tomada de decisão priorizando os cuidados de saúde a prestar. (CRONIN, 2003)

Colocar o doente certo no local correto, para receber o nível adequado de cuidados, facilitando a afetação dos recursos adequados à satisfação das necessidades do doente em termos médicos, é objetivo primário da triagem. Espaço adequado, material, sistema de comunicação, acesso à área de tratamento, um profissional experiente, apoiado por uma equipa multidisciplinar, são componentes de um sistema de triagem eficiente (PARDEY, 2007).

Após dois turnos de observação na Triagem compreendi que a gestão de conflitos e tensão emocional, ganha particular expressão no Serviço de Urgência, em situações em que os doentes e famílias intensificam protestos pelo tempo de espera, pelo grau de gravidade onde se classificam, pela angústia de quem vê entrar um familiar na sala de Reanimação. Aqui a exigência é gritante. A necessidade do outro reconhecer que estamos efetivamente com ele, com o seu problema, que não o podemos viver por ele mas que é por ele, pelo seu familiar ou amigo que empenhamos esforços e planeamos cuidados, é desgastante mas simultaneamente motivador. Exige-se uma atitude calma, de objetividade, de clarificação, de consideração, competências de comunicação transversais ao cuidado em todos os sectores do Serviço de Urgência, que na Triagem, por ser a “porta de entrada” do Serviço se evidenciam e que se figuram com maior desgaste para a equipa de enfermagem.

Da reflexão sobre esta constatação, e no que concerne à atuação do enfermeiro operacionalizado através do sistema de Triagem de Manchester, considerei importante compreender quais as competências de comunicação que este utiliza na entrevista realizada.

Através de pesquisa bibliográfica constatei não existir por parte do organismo responsável – Grupo Português de Triagem – nenhuma referência às competências de comunicação que devem pautar aquele momento. No treino exigido aos enfermeiros para a prestação de cuidados naquele sector consta apenas o domínio na operacionalização do sistema informático. Questionei também se no plano de integração dos enfermeiros naquele sector consta alguma alusão aos aspetos de comunicação e foi-me dito que não.

E como descortinar o problema que motiva a vinda ao Serviço de Urgência? Como rentabilizar e dar qualidade aos cuidados enfermagem nos três minutos de entrevista exigidos pelo sistema? Como minimizar a ansiedade, a tensão emocional, o conflito que tantas vezes está presente? Como é que podemos ver para além daquilo que a pessoa nos diz? Como é

que os enfermeiros se podem proteger das situações geradoras de stress e que tantas vezes geram sentimentos de desânimo e desgaste profissional?

Por acreditar que a resposta a estas questões está no domínio das competências de comunicação, propus-me realizar um diagnóstico de situação, estudando as “Competências de Comunicação Utilizadas pelos Enfermeiros na Entrevista de Triagem”.

O estudo foi realizado através da observação presencial das entrevistas de triagem realizadas pelos Enfermeiros e o registo efetuado numa grelha composta por diversos indicadores. A fundamentação teórica que sustenta o estudo a realizar, bem como a escolha dos indicadores presentes na grelha de observação realizados, fundamentam-se na pesquisa bibliográfica realizada.

De acordo com Orem (1985) - “a arte de enfermagem é criativa na medida em que requer o desenvolvimento de habilidades no sentido de prever modos válidos de ajudar, tendo em vista atingir resultados apropriados”. Esta teórica à semelhança de Watson (2002) considera a pessoa como um todo, respeitando o doente como pessoa e não como corpo que é alvo de intervenções de enfermagem.

Goleman (2010) ao referir que a admissão hospital “põe cobro à vida” e se constitui um “acontecimento traumático suscita dúvidas, emoções fortes, interfere na clareza de pensamento e memória. O mesmo autor refere ainda que “pessoas emocionalmente abaladas não conseguem ouvir, recordar e aprender de forma clara.

A resposta comunicacional dos enfermeiros deve pois refletir a assunção destes pressupostos, no sentido de compreender o estado emocional da pessoa que entrevista e adequar a sua atuação à mesma. Por outro lado reconhecendo estes aspetos o enfermeiro compreenderá a importância de incluir no seu discurso comentários abertos, a clarificação, a validação, entre outros.

Riley (2004:32) refere que a comunicação é um veículo para o estabelecimento duma relação terapêutica. A referida autora sugere os seguintes indicadores para o estabelecimento de uma relação terapêutica:

- Escuta – comunicação não-verbal em que o enfermeiro comunica o seu interesse pelo cliente.
- Silêncio – de forma não-verbal o enfermeiro comunica ao doente a sua aceitação.
- Orientação – ajuda o cliente a saber o que espera dele.

- Comentários abertos – permitem ao cliente selecionar quais os temas que considera mais relevantes e encoraja-o a prosseguir.
- Redução de distância – comunica de forma não-verbal que o enfermeiro quer estar próximo do cliente.
- Consideração – demonstra a importância do papel do cliente na relação.
- Recapitulação – solicita a validação da interpretação da mensagem pelo enfermeiro.
- Reflexão – tenta demonstrar ao cliente a importância das suas próprias ideias, sentimento e interpretações.
- Clarificação – demonstra o desejo do enfermeiro em compreender o cliente.
- Validação consensual – demonstra o desejo do enfermeiro em compreender a comunicação do cliente.
- Focalização – orienta a conversa para o tópico de importância.
- Síntese – ajuda o cliente a separar o material relevante do irrelevante; serve como revisão e termo de relação.
- Planificação – reitera o papel do cliente na relação

Para além destes indicadores, procurei também referências bibliográficas que objetivassem a especificidade do cuidado em Serviço de Urgência. Li artigos e consultei teses de Mestrado, alguns dos quais selecionei para constarem no portefólio.

A grelha de observação (Apêndice H) foi sujeita a uma primeira fase a um pré teste de dez entrevistas - 1/3 da amostra – trinta entrevistas. A amostra, com o intuito de ser representativa, foi calculada tendo por base o número total de enfermeiros do serviço – noventa.

Após realização do pré teste verifiquei que alguns dos indicadores selecionados inicialmente não se adequavam à entrevista de Triagem e por isso foram suprimidos (silêncio, reflexão, planificação). Para além deste aspeto foi também contemplado a forma como o doente chegava à Triagem: sozinho, acompanhado pela família ou acompanhado pelos Bombeiros/ Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), por ter verificado na fase de pré-teste que este aspeto condicionava a forma de interação/comunicação com o doente.

O período de observação realizou-se durante dez turnos, passando depois ao tratamento estatístico dos dados e inferidas conclusões. No total realizei uma total de 50 observações.

De forma global pude concluir que a escuta (92%), a focalização (88%) e a orientação (82%) são as competências mais utilizadas ao invés da síntese (51%), consideração (14%) e recapitulação (2%) que são as menos utilizadas.

A apresentação do trabalho à equipa permitiu discussão do tema, nomeadamente da importância da comunicação no trabalho do Enfermeiro de Urgência e concretamente na Triagem, a reflexão sobre as dificuldades sentidas pelos Enfermeiros, bem como a vontade expressa de todos de melhorar o atendimento naquele sector, que em muito depende da intervenção da equipa de Enfermagem.

Entre os aspetos foi focado durante a apresentação que a admissão hospitalar representa para o utente um acontecimento traumático, carregada de emoções fortes que de acordo com Goleman (2010) interferem com a clareza de pensamentos e com a memória. Segundo o autor, as pessoas emocionalmente abaladas não conseguem ouvir, recordar e aprender de forma clara. Daí a necessidade na comunicação interpessoal de acordo com necessidades expressas, com linguagem acessível e repetida sempre que necessário.

Relativamente aos doentes recém-admitidos é muito importante usar a comunicação aberta, sendo o estabelecimento de uma relação, condição prévia essencial à troca de informações. Os doentes necessitam de orientação quanto à geografia do serviço, designadamente da zona sanitária, e dos nomes das pessoas que vão cuidar deles. Se o enfermeiro que os receber se mostrar interessado em saber quais as reações ao internamento e principais preocupações, sentir-se-ão mais apoiados e haverá partilha de informação adequada (Corney, 2000). Como algumas das informações serão certamente esquecidas pelo doente, que está ansioso, será uma boa ajuda, fornecer folhetos escritos com as informações mais pertinentes. É importante compreender, que para a maior parte dos utentes, a necessidade de recorrer a um hospital reveste-se de marcada ansiedade, pelo que necessitam que a informação seja repetida.

Também a primeira familiarização com os profissionais pode criar no doente uma impressão duradoura sobre as suas atitudes e prioridades. Rodrigues (1999:31) refere que as primeiras impressões são as que mais perduram e é *“no momento da admissão que o doente se sente mais inseguro e desprotegido”*. É importante transmitir a sensação de que se pretende responder a quaisquer perguntas sempre que elas sejam colocadas. A compreensão das relações da dor e sofrimento com a estrutura de significações pessoais facilita assim o desenvolvimento de estratégias mais eficazes, dirigidas no sentido do alívio do sofrimento e intervindo na diminuição da ansiedade. Daí a necessidade de uma atitude empática e motivada

para estar com o doente, permitindo assim quebrar a tendência de isolamento e minimizar uma das causas de sofrimento na doença, que é como afirma McIntyre citada por Gameiro (1999: 30), “ a pessoa sentir que o seu mal-estar não é reconhecido e validado pelos profissionais de saúde”.

Desta reflexão, com pressupostos teóricos que a suportam, emanaram algumas conclusões da equipa, que de seguida explanarei.

As atitudes do enfermeiro devem estar impregnadas de atenções positivas, no sentido de produzirem um efeito tranquilizador e redutor na cascata de emoções negativas vivenciadas perante o confronto com a doença.

Há evidências de que a eficácia da triagem está associada com a experiência do enfermeiro, em especial experiência em atendimento de emergência. Assim, o enfermeiro é o profissional que garante a segurança de todos na sala de espera, sendo, muitas vezes, o primeiro rosto que os doentes veem quando entram no hospital. Em função disso são necessárias excelentes habilidades de comunicação, a fim de ajudar essas pessoas em um momento tão vulnerável.

O Serviço de Urgência requer dos enfermeiros conhecimentos teóricos e padrões de saber e modos de fazer baseados em experiências, interpretando sinais psicológicos, interpessoais e comunicativos do paciente, além de experiência clínica para prestação de cuidados, para uma população que enfrenta diversos episódios, abrupta e potencialmente de agressão à saúde ou de risco psicossocial à vida.

Estas questões fazem emergir o grande desafio do cuidar em contexto de Urgência e que estrutura o papel do enfermeiro e também do enfermeiro especialista que deve ter um papel fundamental na formação e exemplo à equipa.

Os resultados foram entregues à equipa de coordenação do serviço que considerou valorativo integrar esta temática e o exemplo do estudo, no Manual de Integração dos Enfermeiros ao Serviço de Urgência.

Foi ainda sugerido que os resultados do estudo fossem divulgados em Artigo Científico e partilhados com o Grupo Português de Triagem, sugerindo a integração da temática nos cursos de formação realizados às equipas médicas e de enfermagem para operarem com o Sistema de Triagem de Manchester, artigo que se encontra em fase de elaboração.

De referir que ao longo do estágio realizei reflexões acerca de situações vividas na prática e pesquisa bibliográfica, algumas das quais não se integram taxativamente nos objetivos preconizados inicialmente mas concorrem para a experiência valorativa pessoal e

profissional que foi o estágio no Serviço de Urgência. Esses documentos constam no portefólio e na sessão de anexos.

Em termos de síntese deste subcapítulo importa fazer alusão às competências que foram adquiridas e desenvolvidas, segundo os objetivos traçados e as intervenções realizadas;

- Avaliação e adequação de metodologias de análise em situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada;
- Avaliação, planeamento e adequação de metodologia científica na análise de situações vividas na prática;
- Afirmação na prática e trabalhos desenvolvidos de conhecimentos profundos no cuidar o doente crítico no Serviço de Urgência, na vertente técnica e humana;
- Integração na prática de cuidados de resultados provenientes de estudos de investigação;
- Participação e promoção da investigação/ formação no Serviço de Urgência;
- Realização da gestão de cuidados ao doente crítico na Sala de Reanimação e Triagem;
- Desenvolvimento autónomo do processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional.
- Capacidade para atuar em situações emergentes e imprevistas, no âmbito da Enfermagem Médico - Cirúrgica:
- Adequação das práticas ao doente crítico integrando e promovendo os aspetos da comunicação, qualidade e humanização da prática de enfermagem no Serviço de Urgência.

1.3. MÓDULO III – CUIDADOS INTENSIVOS

A Unidade de Cuidados Intensivos e Cuidados Intermédios Polivalente (UCI/ UCIP) do Hospital de Cascais, dedica-se à prestação de cuidados diferenciados a pessoas em situação crítica com risco ou falência de funções vitais, com capacidade de resposta imediata e rigorosa.

Esta Unidade iniciou a sua atividade a 20 de fevereiro de 2010 e caracteriza-se pela polivalência, tendo capacidade assistencial para todo o tipo de casos, exceto neurocirúrgicos.

Recebe com maior frequência sépsis graves relacionadas com pneumonias ou com situações cirúrgicas; doentes com patologia respiratória crónica agudizada e que necessitam de suporte ventilatório, assim como doentes em disfunções multiorgânicas.

Equipada com modernos meios de suporte de vida, quer para monitorização do doente quer para assegurar a mais eficaz resposta terapêutica, a Unidade de Cuidados Intensivos conta com uma equipa especializada, composta por médicos intensivistas, enfermeiros e assistentes operacionais.

A unidade é ainda apoiada por especialistas em Nutrição, Fisioterapia e Farmácia. Transversal à atividade global do hospital, a Unidade de Cuidados Intensivos articula-se com as demais especialidades, nomeadamente com o Serviço de Urgência.

A unidade dispõe de técnicas extremamente avançadas, desde terapêutica de suporte com ventilação assistida invasiva e não invasiva a hemodiálise clássica ou intermitente. Tem também um manancial de procedimentos, como sejam broncofibroscopia, endoscopias digestivas (altas, baixas), ecografia e, entre outros, colocação de *pacemaker*.

Tem a missão de tratar os doentes críticos da área de influência do Hospital de Cascais, mas também de outras zonas do país, desde que haja défice de capacidade do hospital de origem. Isto porque existe ligação a uma rede nacional deste nível de diferenciação.

A atividade da Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente e Cuidados Intermédios não se confina à vertente assistencial. A formação, nomeadamente o ensino pós-graduado para médicos e enfermeiros, é igualmente desenvolvida na Unidade. Recebe, portanto, internos especialistas em Cardiologia, Medicina, Anestesia ou Nefrologia e estudantes de Enfermagem da licenciatura e especialidades.

Existe, ainda, uma forte componente de investigação e um envolvimento em reuniões científicas promovidas pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos. É igualmente de destacar o facto de pertencer à Rede Nacional de Colheita e Transplantação.

Relativamente à estrutura física a UCI/UCIP é composta por duas unidades: a UCI que dispõe de 8 camas, das quais 3 são de isolamento e a UCIP com 10 camas. Há ainda 1 zona de sala de espera com uma sala destinada à comunicação de más notícias, 1 armazém, 1 sala de equipamentos, 1 sala de desinfeção de material, 1 sala de desinfeção de camas, 1 sala de procedimentos e uma zona de gabinetes médicos, enfermagem, sala de reuniões, copa e vestiários.

No que concerne aos recursos humanos a equipa é formada por 36 enfermeiros, dos quais uma é especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, 5 médicos, assistentes operacionais e secretária de unidade. Atualmente encontram-se vários enfermeiros em formação pós graduada, nas especialidades de Médico-cirúrgica e Reabilitação.

Os enfermeiros estão distribuídos por cinco equipas, existindo em cada uma deles um chefe de equipa e um segundo elemento que assegura funções de chefia de equipa na

ausência do mesmo. A distribuição dos enfermeiros pelos doentes é da responsabilidade do chefe de equipa e o rácio enfermeiro doente é de um enfermeiro para dois doentes na UCI e um enfermeiro até quatro doentes na UCIP. O método de trabalho de enfermagem é individual, por meio de enfermeiro responsável.

Como já referi, as Unidades de Cuidados Intensivos são estruturadas para prestar assistência especializada a clientes em estado crítico, com risco de vida, dispondo de tecnologias cada vez mais aprimoradas na tentativa de preservar a vida do cliente em estado crítico, exigindo profissionais de saúde altamente capacitados. Os equipamentos favorecem os procedimentos imediatos, dão segurança a toda a equipe, porém, podem contribuir para tornar as relações humanas mais distantes.

Esta realidade na prática de enfermagem foi objeto de reflexão ao longo do estágio, no sentido de compreender as dimensões de cuidado humano experienciado em Cuidados Intensivos, no qual o enfermeiro, nomeadamente o enfermeiro especialista, profissional dotado de competências técnicas e singulares do ponto de vista da relação e comunicação, deve ser referência.

Norteadas pela teoria “*O olhar do cuidado transpessoal*” de Jean Watson (2002) que privilegia o enfoque humanístico, atendendo o indivíduo biopsicossocial, espiritual e sociocultural, os objetivos foram traçados para darem resposta a uma Enfermagem que ajuda as pessoas a atingirem o mais alto grau de harmonia entre mente-corpo-alma.

1.3.1. Objetivos Específicos do Módulo III – Cuidados Intensivos

Para este módulo de estágio delineei inicialmente os seguintes objetivos:

- Prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica
- Gestão da comunicação interpessoal que fundamente a relação terapêutica com a pessoa/ família face à situação crítica do seu estado de saúde.

No primeiro dia de estágio apresentei à Enfermeira Orientadora e ao Enfermeiro Chefe os objetivos gerais e específicos de estágio justificando-se a pertinência para os desenvolver.

Tratando-se do meu local de trabalho, onde desempenho funções de Enfermeira Generalista desde maio de 2010, a pertinência da realização de estágio em contexto de trabalho prende-se com o contributo e simultaneamente o demonstrar de competências inerentes à formação como Enfermeira Especialista em Médico-cirúrgica, de uma intervenção é válida para a construção e afirmação de uma prática de enfermagem avançada e humanizadora em Cuidados Intensivos. Dispensado o tempo habitual de integração e adaptação ao serviço o meu objetivo foi rever os cuidados de enfermagem autónomos que são desenvolvidos na UCI e considerar a pertinência do investimento na formação nessa área, bem

como considerar as necessidades identificadas pelo Enfermeiro Chefe e Enfermeira Orientadora e poder contribuir para as colmatar no âmbito da Especialidade.

Assim considerei pertinente a inclusão de mais dois objetivos de estágio:

- Desenvolver procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção em vigor na instituição, à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica
- Criar e desenvolver atividades no sentido da “dignificação da morte”.

1.3.2. Actividades e competências desenvolvidas no Módulo III – Cuidados Intensivos

Prestação de cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica.

Tratando-se da minha prática diária considerei pertinente e mais enriquecedor investir no aprofundamento de em três grandes áreas: a identificação precoce de focos de instabilidade, a interpretação de parâmetros de monitorização invasiva e a identificação de sinais e sintomas de mal – estar físico, psíquico e espiritual da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica.

O doente crítico pela instabilidade hemodinâmica que é acometido carece de uma vigilância rigorosa assente na monitorização permanente.

A monitorização hemodinâmica permite antecipar complicações e diagnosticar e antever situações, de acordo com a interpretação dos dados.

A sua importância clínica deve-se ao facto de não só se reconhecer e avaliar o estado hemodinâmico do doente, mas também intervir em tempo útil com terapêutica adequada, diminuindo a morbilidade e mortalidade.

Durante a prática clínica aprofundei conhecimentos através da pesquisa bibliográfica da pressão arterial invasiva, pressão venosa central, importância da termorregulação e sobretudo sobre os traçados electrocardiográficos, que identifiquei com um aspeto formativo a melhorar. Foi através da discussão de casos práticos com enfermeiros peritos em cuidados intensivos e a equipa médica que aprofundei e cimentei conhecimentos que me conferem mais segurança na prática diária de cuidados, associando sinais e sintomas que o doente apresenta como prodrómicos de determinada patologia, expressos na monitorização invasiva.

Entre outros exemplos, ressalto a prestação de cuidados a uma doente, cujo diagnóstico principal era um quadro séptico com ponto de partida urinário e que durante um turno desenvolveu um quadro de taquidisritmia – flutter auricular. Identifiquei o mal-estar evidente da doente, expresso em queixas inespecíficas e num quadro de agitação motora latente e através da monitorização fui capaz de identificar o ritmo próprio desta arritmia e alertar a equipa médica para o evento. A doente fez cardioversão farmacológica e reverteu o quadro.

A prestação de cuidados diária permitiu também executar cuidados técnicos de alta complexidade dirigidos à pessoa a vivenciar processos de saúde/ doença crítica e/ou falência orgânica, nomeadamente nos cuidados de Enfermagem ao doente ventilado (manutenção do tubo orotraqueal, aspiração de secreções, cuidados de higiene oral, elevação da cabeceira, entubação oro-gástrica e cuidados os olhos), aprofundar conhecimentos e relacionar aspetos da ventilação em doentes com Síndrome de Disfunção Respiratória Aguda ou em fase de desmame ventilatório, doentes com necessidade de Técnicas de Substituição Renal, doentes insuficientes respiratórios e cardíacos e doentes cirúrgicos em pós-operatório imediato com instabilidade hemodinâmica.

Mantive a preocupação como até aqui de mesmo em clima de adversidade, provocado pela dinâmica de receber doentes emergentes, depois de identificadas evidências fisiológicas de mal-estar não descurar os aspetos emocionais e do bem-estar físico, psicossocial e espiritual na resposta às necessidades da pessoa em situação crítica, através da reflexão holística da pessoa, devolvida em cuidados de conforto, como posicionar o doente em conforto no leito, proteger a sua intimidade e privacidade, realizar cuidados de higiene conforto e apoiar e dar resposta à ansiedade e muitas vezes desespero da família que aguarda notícias, mostrando disponibilidade e empatia na abordagem aos familiares e apoiando-os nos momentos das visitas.

Gestão da comunicação interpessoal que fundamente a relação terapêutica com a pessoa/ família face à situação crítica do seu estado de saúde.

O cuidado de Enfermagem extrapola a técnica (procedimento), sendo expresso pelas atitudes, além de ser relacional. Assim, quando o cuidado acontece num ambiente que exige alta tecnicidade que pode conduzir à desvalorização da assistência humanizada, exige-se a reflexão, a procura e a consciencialização de um cuidar humanista que busque práticas refletidas com enfoque naquele que se cuida (CAETANO, 2011).

As Unidades de Cuidados Intensivos apresentam características totalmente diferentes de outras unidades. É um ambiente cuja dinâmica impõe ações complexas, nas quais a

presença da finitude da vida é uma constante, gerando ansiedade, tanto do doente e familiar como dos profissionais que ali desempenham a sua atividade. O internamento em Cuidados Intensivos rompe bruscamente com o modo de viver do paciente e dos seus familiares.

Desta forma, a comunicação revela-se um ponto positivo que permeia a interação Enfermeiro – cliente e que pode tornar-se terapêutico. Os cuidadores devem promover o bem-estar, tanto para doentes quanto para familiares. Devem perceber a importância do relacionamento, da presença, da comunicação, da disponibilidade, de forma efetiva e com qualidade no sentido de se envolverem de forma comprometida com os cuidados humanos, aliados à habilidade técnico-científica com vista a resultados mais positivos no processo de humanização de cuidados.

Assim foi através de técnicas de comunicação, adaptadas à complexidade do estado de saúde da pessoa que me esforcei por quebrar barreiras à comunicação impostas muitas vezes pela “agitação” em torno do doente, os alarmes disruptivos das máquinas, da ausência de comunicação verbal por parte do doente... e comunicar nestas situações pode ser apenas demonstrar uma presença tranquilizante, apoiar e orientar para o espaço, dar conforto e minimizar a dor.

Trabalhei e desenvolvi a escuta, a presença efetiva e reveladora de interesse e envolvimento no outro, a presença calma, de gestos refletidos, comunicando de forma assertiva e serena, promotora de um ambiente seguro. A empatia e o toque que nos doentes ventilados ou com dificuldade na expressão verbal incluíram também a mímica labial e o esforço redobrado na compreensão mútua, com o intuito de selecionar e utilizar de forma adequada, as habilidades de relação de ajuda à pessoa em situação crítica e suas famílias.

No que concerne ao acompanhamento das famílias no momento da visita a abordagem foi sempre no sentido de desmitificar o ambiente, permitir que expressassem os seus sentimentos e dúvidas, de manter e promover a esperança realista e de promover a comunicação entre doente e família, nas suas diferentes formas: toque, expressão verbal, escuta, escrita e o silêncio, demonstrando presença, gerindo os “processos de ansiedade e medo” maioritariamente presentes e também propiciando momentos de intimidade no momento da visita

Desta forma, a identificação de fatores comportamentais intervenientes na comunicação, pode constituir-se como elo de humanização da assistência, favorecendo o desenvolvimento de estratégias que fortalecerão a construção individual e melhor desempenho profissional.

Ainda no âmbito da família, desenvolvi uma colheita de dados baseados no “*Critical Care Family Need Inventory*” (MOLTER,1979) - questionário acerca das necessidades

dos familiares de doentes em estado crítico (Apêndice I) com o intuito de compreender quais as necessidades que as famílias apresentam e assim em equipa concertarmos intervenções que possam dar uma resposta satisfatória às mesmas. A amostra foi de 20 familiares e o tratamento de dados permitiu identificar as dez necessidades mais prevalentes que fazem parte de uma proposta de “Checklist de Acolhimento ao Familiar do Doente Internado na UCI” (Apêndice J). A apresentação do trabalho (Apêndice K) foi preparado no entanto não foi possível apresentar os resultados à equipa devido aos condicionalismos da agenda de formação do serviço que no mês de janeiro esteve exclusivamente dedicada a formações no âmbito da Acreditação Hospitalar.

Está previsto que os resultados deste estudo sejam apresentados sobre a forma de *poster* no XII Congresso Nacional de Medicina Intensiva, promovido pela Sociedade Portuguesa de Cuidados Intensivos, que decorrerá 22 a 24 de maio de 2012, no Algarve.

Ainda no âmbito da comunicação explanar um outro trabalho realizado, por solicitação do Enfermeiro Chefe, com o intuito de relembrar à equipa os aspetos que constam no programa de Acreditação Hospitalar da *Joint Commission International* para Hospitais referente à Meta 2 – Melhoria da Comunicação Eficaz.

O hospital de Cascais encontra-se na fase final para garantir a acreditação hospital e por isso, num esforço acrescido pelo envolvimento dos colaboradores nesta temática.

Este trabalho surgiu no encadeamento de ações que realizei anteriormente e que inclui no âmbito do estágio porque se prendem com a grande temática que tenho vindo a desenvolver nos três estágios – a comunicação, e por terem sido desenvolvidas no período letivo do mesmo.

O objetivo principal foi cativar a equipa e de uma forma lúdica facilitar a apreensão dos conteúdos contidos na Meta 2. A apresentação foi feita em forma de cartaz e afixada em vários pontos do serviço (Apêndice L).

A realização deste trabalho motivou um convite por parte da Direcção de Enfermagem do hospital para integrar em exclusividade de funções, durante o mês de fevereiro até 9 de março (a auditoria final decorrerá de 5 a 8 de março) a task-force do Gabinete de Qualidade, que trabalha para dinamizar em toda a instituição o projeto de Acreditação Hospitalar.

Desenvolver procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção em vigor na instituição, à pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica

No que concerne ao cumprimento das atividades propostas neste objetivo, não foi cumprido tal como preconizei porque considerei que em prol da gestão de tempo e das prioridades das temáticas a trabalhar, não ser passível de executar no tempo de estágio que dispunha.

Ainda realizei um contacto com o Enfermeiro responsável pela Comissão de Controlo de Infecção que informei sobre a intenção da elaboração de documento sobre medidas barreira a utilizar em doentes com necessidade de isolamento, que me referiu que esse documento já existia no grupo HPP Saúde e que o hospital aguardava apenas a sua receção.

Redefini assim as intervenções planeadas inicialmente e propus-me realizar um outro trabalho - a criação de um protocolo de cuidados aos olhos do doente internado na UCI/UCIP (Apêndice M).

A avaliação desta necessidade foi feita com base na identificação de intervenções autónomas dos Enfermeiros em Cuidados Intensivos e por constatar que este cuidado nem sempre era feito ou quando era não existia uma uniformização do mesmo.

Os cuidados aos olhos são especialmente dirigidos a doentes cuja capacidade fisiológica de proteção dos mesmos se encontra comprometida.

Doentes inconscientes, sedados ou curarizados representam um grupo de alto risco que são dependentes de cuidado do olho para manter a integridade da superfície ocular. A incidência de distúrbios oculares nesta população é difícil de quantificar devido a fatores como pouca documentação e que em comparação com os cuidados de enfermagem necessários para estabilizar os sistemas vitais do corpo, os cuidados do olho são frequentemente vistos como um problema relativamente menor (DOUGLAS, 2001).

No doente crítico devido à perda ou ineficácia das barreiras de proteção oculares como a conjuntiva, as lágrimas, o encerramento da pálpebra e o reflexo de pestanejo podem surgir diversos problemas oculares como: conjuntivite, queratites, úlcera e lesão da córnea por abrasão, quemose ("Olho do ventilador" - edema da conjuntiva). Existem também fatores exógenos como ventilação invasiva e não invasiva e suas consequências, método de fixação do tubo orotraqueal, adaptação inadequada dos dispositivos de oxigenioterapia, aspiração de secreções, que podem contribuir para diversos problemas oculares no doente crítico.

Trata-se de um cuidado extremamente simples, que requer observação e vigilância por parte dos Enfermeiros mas que contém aspetos que para além do conforto atravessam também a área da infeção hospitalar e da co-morbilidade associada aos internamentos em Cuidados Intensivos.

Este trabalho para além da pesquisa bibliográfica implicou reuniões com a farmacêutica responsável pela UCI e com o Médico Oftalmologista responsável pelo Departamento de Oftalmologia do HPP – Hospital de Cascais, com quem partilhei e debati os conteúdos do protocolo e se disponibilizou para uma ação de formação conjunta na UCI.

A apresentação e divulgação formal à equipa ocorrerão no mês de março.

Criar e desenvolver atividades no sentido da “dignificação da morte” em Cuidados Intensivos

Em Cuidados Intensivos toda a ação está focada em salvar vidas. Morrer nem sempre parece natural e muitas vezes prologam-se processos de fim de vida, que invariavelmente acarretam sofrimento ao doente e à família. Cuidar da vida até ao limite é desafiante e motivador na dinâmica dos Cuidados Intensivos, mas por vezes também é necessário cuidar depois da vida.

O cuidar de um corpo *post mortem* implica dignidade e sensibilidade. Após a morte o corpo sofre alterações físicas, e por isso a prestação dos cuidados deve ser o mais cedo possível de forma a evitar danos nos tecidos ou o desfiguramento de partes do corpo.

O material para a realização dos cuidados ao corpo morto é o mesmo que para a higiene, exceto em relação à indumentária do corpo.

A preparação do cadáver é da responsabilidade do enfermeiro responsável pelo doente, sendo este que deve retirar todos os dispositivos de cateterização, proceder à higiene corporal, tamponamento de todos os orifícios naturais, sutura de eventuais estomas e imobilização dos membros superiores e inferiores, mantendo sempre o alinhamento corporal.

Constatei durante a prática que não existe nenhum procedimento relativo a este cuidado, sendo que este levantou dúvidas à equipa nomeadamente quando o doente apresenta um *pacemaker* ou uma ferida cirúrgica aberta.

Mais do que criação de um documento que regulasse as ações a desenvolver, pretendi que este motivasse a discussão sobre o morrer na UCI: como? De que forma? Até onde ir? E a família? E como cuidar de um corpo quase sempre com marcas de uma medicina de intervenção? Como preservar a dignidade da pessoa? São indubitavelmente cuidados intensivos de conforto, de promoção da dignidade e humanismo e desta forma de responsabilidade acrescida dos Enfermeiros. Esta discussão foi tida informalmente com vários

elementos da equipa, discutida com a Enfermeira Orientadora e com o Enfermeiro Chefe que consideraram de grande pertinência a sua realização.

Para a sua elaboração realizei pesquisa bibliográfica sobre o tema, apresentada no portefólio, e para além dos aspetos gerais tentei particularizar com ângulos específicos da instituição e inerentes aos doentes da Unidade. O documento foi entregue e irá ser feita a sua apresentação oportunamente, de acordo com o calendário de formação do serviço, integrada numa formação sobre “Cuidados em Fim de Vida na UCI”. Este trabalho serviu de base à revisão do protocolo em vigor na instituição.

Em resumo deste subcapítulo, importa referir que para além das competências mobilizadas dos estágios anteriores, aprofundei e consolidei conhecimentos em áreas específicas do cuidar em Cuidados Intensivos:

- Avaliação e adequação de metodologias de análise em situações complexas, segundo uma perspetiva académica avançada;
- Afirmação na prática dos cuidados de conhecimentos aprofundados no cuidar do doente e família em Cuidados Intensivos;
- Promoção da investigação/ formação no Serviço de Urgência;
- Integração na prática de cuidados de resultados provenientes de estudos de investigação;
- Dinamização do trabalho multidisciplinar na relação com outros profissionais externos à Unidade.
- Realização da gestão de cuidados ao doente crítico em Cuidados Intensivos;
- Desenvolvimento autónomo do processo de auto-desenvolvimento pessoal e profissional.
- Adequação das práticas ao doente crítico integrando e promovendo os aspetos da comunicação, qualidade e humanização da prática de enfermagem na Unidade de Cuidados Intensivos.

CONCLUSÃO

Chegado o término deste percurso de aprendizagem importa ressaltar os aspectos mais marcantes deste caminho rumo à aquisição de competências como Enfermeira Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.

A aquisição e revisão de conhecimentos na fase teórica do curso foram fundamentais para a incrementação de um pensamento focado na prática avançada que desde logo geram em mim forte motivação e empenho no desenvolvimento do meu processo de aprendizagem.

O momento do Estágio permitiu operacionalizar os conhecimentos adquiridos e mobilizá-los para a efetivação das competências exigidas a um Enfermeiro Especialista nesta área.

Foi um percurso traçado com enorme prazer e satisfação, com momentos de algum desgaste físico e emocional, tal a exigência das experiências vividas e a gestão de tempo necessária para abraçar este projeto de forma integral.

Em todos os momentos a minha postura e atividade foi pautada pelo desejo de superação interior das dificuldades encontradas, com esforço, dedicação e empenho certa que estava de esse seria o único caminho para a promoção do crescimento pessoal e o desenvolvimento profissional que desde sempre norteou a minha postura como Enfermeira e a intenção de realizar o Curso de Especialidade.

Estou convicta que a elaboração deste relatório de estágio descreve o meu desempenho ao longo dos três momentos: Módulo I – Cuidados Paliativos, Módulo II – Serviço de Urgência e Módulo III – Cuidados Intensivos. Descrevi os objetivos traçados com intervenções planeadas, executadas e avaliadas através de uma análise crítica e reflexiva, com o intuito de adquirir competências robustas que se afirmem na minha conduta profissional como enfermeira especialista.

Foi um percurso gradual, mobilizando as competências da formação básica com a experiência profissional adquirida e também uma descoberta pautada pelo fascínio do cuidar conceptualizado, interventivo, em prol da pessoa, dos seus reais interesses, da sua família, da relação estabelecida por meio da comunicação. Questionei-me várias vezes sobre o que seria ser Enfermeira Especialista. Que acréscimo formativo procurava para melhor cuidar? Que competências me fariam dar a resposta aos doentes e famílias que cuido? Qual o meu contributo na equipa onde me insiro e na profissão que abracei? Não me detive na procura da solução, detive-me antes na descoberta intensa dos caminhos. Compreendi e senti que munida de um sentido de relação de ajuda aberta e plural, alicerçada na comunicação efetiva, traço

trilhos seguros no conhecimento do outro, do ambiente onde me insiro, da profissão que orgulhosamente integro. Aí encontro as respostas, o prazer de encontros fecundos, que diariamente me oferecem uma profunda realização profissional e humana.

A Unidade de Cuidados Paliativos proporcionou-me uma rica experiência profissional e de vida, na prestação de cuidados ao doente em fim de vida. Desenvolvi competências na identificação dos efeitos terapêuticos dos fármacos utilizados em Cuidados Paliativos e atuei na seleção e aplicação de medidas não farmacológicas de acordo com as situações clínicas dos doentes. Pelos exemplos vividos, quer com os doentes, quer com a equipa, encontrei aqui a “rampa de lançamento” para a compreensão da importância da aquisição de competências de comunicação, nomeadamente a empatia e a escuta ativa. Desenvolvi algumas intervenções de modo a contribuir para a melhoria dos cuidados, nomeadamente através da elaboração de um filme sobre “Comunicação em Cuidados Paliativos”, um “ Guia de orientação para o tratamento da pessoa com ferida neoplásica” e à equipa corroborando a importância da comunicação em Cuidados Paliativos a “box comunicante”. Participei e intervim no acolhimento da pessoa/ família ao serviço bem como no acompanhamento do doente e família para o fim de vida, em intervenções estruturadas e maturadas que identificam e devem caracterizar o Enfermeiro Especialista.

O Serviço de Urgência proporcionou-me diversas situações de aprendizagem no atendimento do doente crítico na sala de reanimação, nomeadamente em situação de PCR, AVC e EAM. Nesta área contribui para a reflexão da equipa no repensar das práticas diárias, na atualização dos protocolos e na elaboração de dois documentos de registo de PCR, um específico para a equipa de Enfermagem outro para fins estatísticos e futura investigação.

No sector da Triagem compreendi a sua funcionalidade e prestei cuidados de enfermagem especializados, quer no atendimento e também no sentido de compreender, através de um estudo quantitativo, que competências de comunicação utilizam os Enfermeiros na entrevista de Triagem.

Na UCI mobilizei os conhecimentos aplicados na prática diária e o conhecimento que tenho do serviço para explorar um core de Cuidados de Enfermagem específico e autónomo em Cuidados Intensivos. Com forte incremento na comunicação da equipa, desenvolvi um estudo quantitativo sobre as necessidades das famílias dos doentes internados em Cuidados Intensivos, porque conhecendo-as podemos dar respostas apropriadas, promovendo uma enfermagem que integra a família nos cuidados. Desenvolvi ainda procedimentos de regulam os “Cuidados de enfermagem aos olhos dos doentes internados na UCI/ UCIP”, protocolo que intercrusa a importância dos gestos simples do cuidar e a prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde. No âmbito do fim de vida, desenvolvi um protocolo sobre cuidados *post mortem* no sentido de regulamentar procedimentos e fomentar a reflexão da dignificação da morte em cuidados Intensivos.

De salientar como aspetos facilitadores a forma como fui acolhida nos três campos de estágio e a relação estabelecida com as equipas, no respeito pelo meu processo de aprendizagem e simultaneamente no interesse revelado de para ele contribuírem. O apoio da tutoria foi também fundamental e verdadeiramente orientador, no respeito pela liberdade do caminho a traçar, apoiando e tornando mais claras as opções tomadas. O facto de ter realizado os estágios na cadência já descrita, apesar de não ter sido pré definida, acabou por ser facilitador do percurso de aprendizagem e do encadeamento e integração de competências nas experiências vividas. As dificuldades sentidas prenderam-se essencialmente com a gestão do tempo no grande investimento pessoal imposto para garantir que cumpria os objetivos a que me tinha proposto.

De todo este processo maturam agora pensamentos, ideias, vontade de continuar a contribuir para a construção da Enfermagem avançada, porque o conhecimento e a reflexão fomentam um comportamento desinquietante de contínuo processo de aprendizagem.

Como sugestão para a prática de cuidados, o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, com profissionais a apostarem na formação pós graduada e especializada. Equipas coesas, elementos com funções definidas e um espírito de entrosamento que garantisse relações fortes e de compromisso em cuidados de saúde humanos e tecnicamente especializados.

No ensino de enfermagem proponho que seja dado mais ênfase à relação de ajuda e à comunicação, traduzida de forma operacionalizável.

No que concerne à investigação em Enfermagem, um maior investimento na pesquisa e produção do conhecimento, bem como da sua divulgação dos estudos realizados. Este será o caminho para dar visibilidade aos cuidados de Enfermagem, revelando a importância da Enfermagem para o paradigma da saúde em Portugal.

São formas possíveis de garantir tal como afirma Watson (2002) que os valores humanos são enfatizados por meio dos fatores de cuidado, na formação de um sistema humanista-altruísta, na fé-esperança e no cultivo da sensibilidade do outro.

Estes aspectos podem ser desenvolvidos no quotidiano do processo de cuidar, pelo Enfermeiro Especialista, revestido de competências técnicas e humanas, que permitam a abordagem do outro com verdadeira empatia, sensibilidade, exercitando uma atenção cuidadosa. Para a utilização da teoria de Jean Watson o enfermeiro precisa de desenvolver o seu autoconhecimento, estabelecer contatos com referenciais filosóficos para compreender a dimensão existencial-fenomenológica, bem como as concepções próprias da enfermagem que permeiam esta teoria.

Assim fiz e o meu esforço e dedicação, impostos ao prazer no trabalho realizado, foram guiados com simplicidade e pelo desejo de contribuir para a prática e desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem à pessoa em situação crítica. E por sentir que assim aconteceu, tudo valeu a pena!

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BAILE, Walter F.; *et al* - **A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer.** The Oncologist. Vol. 5 (2000), p.302-311. Consultado a 16 de Fevereiro de 2012. Disponível na Internet: <http://theoncologist.alphamedpress.org/content/5/4/302.full.pdf>.

BERMEJO, José Carlos – **Apuntes de Relacion de Ayuda.** Cantabria: Sal Terrae, 1998. ISBN: 84-293-1264-1.

CAETANO, Joselany; *et al.* – **Cuidado Humanizado em Terapia Intensiva – Um estudo reflexivo.** Revista de Enfermagem da Escola Anna Nery. Vol.11, Cap. 2 (2007), p.325-330. Consultado a 16 de Fevereiro de 2012. Disponível na Internet: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a22.pdf>

CORNEY, Roslyn – **O Desenvolvimento das perícias de comunicação e de aconselhamento em medicina.** Lisboa: Climepsi Editores; 2000. ISBN: 972-95908-2-6.

CRONIN, J.G. – **The introduction of the Manchester triage scale to an emergency department in the Republic of Ireland."** Accident and Emergency Nursing. Vol.11, Cap.2 (2003), p. 121-125. Consultado a 16 de Fevereiro de 2012. Disponível na Internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12633631>.

Despacho n.º 727/2007 de 15 de Janeiro. Diário da República 2ª Série. N.º 10 (2007-01-15), p.1123-1124. Consultado a 16 de Fevereiro de 2012. Disponível na Internet: <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/80AB4DCF-68B8-4164-B377-C4351314DEB9/0/0112301124.pdf>.

Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro. Diário da República 1ª Série A. N.º 93 (96-09-04), p.2960. Consultado a 16 de Fevereiro de 2012. Disponível na Internet: <http://www.dre.pt/pdf1s/1996/09/205A00/29592962.pdf>.

DOUGLAS, L.; BERRY, S. – **Developing clinical guidelines in eye care for intensive care units.** Nursing Children and Young People. Vol.23, Cap.5 (2011), p. 14-20. Consultado a 16 de Fevereiro de 2012. Disponível na Internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21910398>.

FRIAS, Cidália de Fátima Cabral de – **A Aprendizagem do Cuidar e da Morte – Um desígnio do Enfermeiro em Formação.** Loures: Lusociência, 2003. ISBN: 972-8383-50-9.

GAMEIRO, Manuel H. – **Sufrimento na Doença.** Coimbra: Quarteto, 1999. ISBN: 972-8535-06-6.

GOLEMAN, Daniel – **Inteligência Emocional – O livro que mudou o conceito de inteligência.** Lisboa: Temas e Debates, 2010. ISBN: 9789896440909.

GORANSSON, Katarina E.; *et al.* - **Thinking strategies used by Registered Nurses during emergency department triage.** Journal of Advanced Nursing. Vol.61, Cap.2 (2008), p.163-

172. Consultado a 16 de Fevereiro de 2012. Disponível na Internet: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2007.04473.x/abstract>.

GONÇALVES, Ferraz – **Controlo de Sintomas no Cancro Avançado**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2002. ISBN: 972-31-0960-3.

KUBLER-ROSS, Elisabeth – **Sobre a Morte e o Morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1998. ISBN: 85-336-0963-9.

MÂNGIAL, Elisabete Ferreira; *et al.* - **Acolhimento: uma postura, uma estratégia**. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo. Vol. 13, n.º1 (2002), p.15-21. Consultado a 16 de Fevereiro de 2012. Disponível na Internet: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rto/v13n1/04.pdf>. ISSN 1415-9104.

MOLTER, Nancy – **Needs of Relatives of Critically Ill Patients: a Descriptive Study**. Hearth and Lung. Vol.8, n.º 2 (1979), p.332-339. Consultado a 16 de Fevereiro de 2012. Disponível na Internet: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/253712>.

NETO, Isabel Galriça - **A conferência familiar como instrumento de apoio à família em cuidados paliativos**. Revista Portuguesa de Clínica Geral. Vol. 19 (2003), p.68-74. Consultado a 16 de Fevereiro de 2012. Disponível na Internet: <http://www.apmgf.pt/files/54/documentos/20080304114613156224.pdf>.

NETO, Isabel Galriça – **Modelos de Controlo Sintomático**. In: BARBOSA, António; NETO, Isabel Galriça. Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006. p. 53-60. ISBN: 978-972-9349-21-8.

ORDEM DOS ENFERMEIROS, Conselho de Enfermagem. **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, Setembro de 2002. Consultado a 16 de Fevereiro de 2012. Disponível na Internet: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>.

OREM, Dorothea E. – **Nursing: Concepts of Practice**. 3ª ed. New York: McGraw-Hill Book Company, 1985.

PORTUGAL, Direcção-Geral da Saúde. **Orientação n.º 008/2011**. 28/03/2011. Organização do material de emergência nos serviços e unidades de Saúde. Consultado a 16 de Fevereiro de 2012. Disponível na Internet: http://www.umcci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/carros_de_emergencia.pdf.

PORTUGAL, Ministério da Saúde, Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, Alto Comissariado da Saúde. **Recomendações Clínicas para o Enfarte Agudo do Miocárdio (EAM) e do Acidente Vascular Cerebral (AVC)**. Lisboa: Coordenação Nacional para as Doenças Cardiovasculares, 2007. Consultado a 16 de Fevereiro de 2012. Disponível na Internet: <http://www.acs.min-saude.pt/files/2007/12/recomendacoesclinicas.pdf>.

PARDEY, Toni G. McCallum – **Emergency Triage**. Australasian Emergency Nursing Journal. Vol.10, Cap.2 (2007), p.43-45. Consultado a 16 de Fevereiro de 2012. Disponível na Internet: [http://www.aenj.org.au/article/S1574-6267\(07\)00054-7/fulltext](http://www.aenj.org.au/article/S1574-6267(07)00054-7/fulltext).

QUERIDO, Ana; SALAZAR, Helna; NETO, Isabel Galriça – **Comunicação**. In: BARBOSA, António; NETO, Isabel Galriça. Manual de Cuidados Paliativos. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa, 2006. p. 357-377. ISBN: 978-972-9349-21-8.

Regulamento n.º 124/2011. Diário da República 2ª Série. N.º35 (2011/02/18), p.8656. Consultado a 16 de Fevereiro de 2012. Disponível na Internet: <http://dre.pt/pdf2sdip/2011/02/035000000/0865608657.pdf>.

RILEY, Julia B. – **Comunicação em Enfermagem**. 4ª ed. Loures: Lusociência, 2000. ISBN: 978-972-8383-81-7.

RODRIGUES, Victor M. C. P. - A complexidade dos problemas humanos no Hospital: Vivências e reflexões. Vila Real: Sodivir - Edições do Norte, 1999. ISBN: 972-8546-00-9.

SHEEHY'S, Susan – **Enfermagem de Urgência – Da Teoria à Prática**. 4ª ed. Loures: Lusociência, 2001. ISBN: 972-8383-16-9.

TWYLCROSS, Robert – **Cuidados Paliativos**. 2ª ed. Lisboa: Climepsi, 2003. ISBN: 972-796-093-6.

WATSON, Jean – **Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar. Uma teoria da Enfermagem**. Loures: Lusociência, 2002. ISBN: 972-8383-33-9.

APÊNDICES

Apêndice A: Tratar a Dor Moderada ou Intensa

Tratar a Dor Moderada a Intensa

CURSO > PRÁTICO


optimizar os efeitos, minimizar os receios

Declaração de Participação

Para os devidos efeitos, declara-se que a Exma. Sra. En^{fa} **Filipa Santos**, participou no Curso Tratar a Dor Moderada a Intensa– Optimizar os Efeitos, Minimizar os Receios.

Este curso realizou-se nas instalações das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, na Idanha - Belas, no dia 2 de Junho de 2011.

O Curso teve o total de 4 horas.



Coordenadora do Curso

Ana Lúcia Ferreira



Fundação Grunenthal

João Amoedo

Apêndice B: Guia de Orientação para a Prestação de Cuidados ao Doente com Ferida Neoplásica

GUIA DE ORIENTAÇÃO PARA PRESTAÇÃO DE CUIDADOS AO DOENTE COM FERIDA NEOPLÁSICA



UNIDADE DE CUIDADOS PALIATIVOS SÃO BENTO MENI
CASA DE SAÚDE DA IDANHA

Trabalho realizado por Filipa Santos, aluna do Curso de Mestrado em
Enfermagem- Especialidade Médico-cirúrgica, UCP, Instituto de Ciências
da Saúde, no âmbito da unidade curricular Estágio - “Cuidados Paliativos”

SUMÁRIO

1. DEFINIÇÃO.....	3
2. ESTADIAMENTO.....	4
2.1. ESTADIAMENTO QUANTO AO ODOR	
2.2. .5	
3. CUIDADOS EM FIM DA VIDA vs TRATAMENTO DE FERIDAS	6
4. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	7
4.1. AVALIAÇÃO DA FERIDA E DAS NECESSIDADES DO DOENTE	7
4.2. ABORDAGEM DA FERIDA- CUIDADOS BÁSICOS E ESPECÍFICOS	7
4.3. REGISTO DAS INTERVENÇÕES	10
4.4. SITUAÇÕES A SEREM REPORTADAS À EQUIPA MULTIDISCIPLINAR	10
5. MATERIAL UTILIZADO PARA A REALIZAÇÃO DE PENSO	12
5.1. ASPECTOS A CONSIDERAR NA REALIZAÇÃO DO PENSO	12
5.2. CARACTERÍSTICAS DO MATERIAL UTILIZADO NA UNIDADE	12
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19

1 – DEFINIÇÃO

As feridas neoplásicas ocorrem devido à infiltração das células malignas nas estruturas da pele, incluindo vasos sanguíneos e/ou linfáticos que derivam do tumor primário e/ou suas metástases. Ocorre quebra da integridade da pele, levando à formação de uma ferida evolutivamente exofítica devido à proliferação celular descontrolada, provocada pelo processo de oncogênese.

O processo de formação das feridas neoplásicas compreende três eventos:

- Crescimento do tumor – leva ao rompimento da pele.
- Neovascularização – contributo para o crescimento tumoral.
- Invasão da membrana basal das células saudáveis – ocorre um processo de crescimento da ferida sobre a superfície acometida.

Com o crescimento anormal e desorganizado, verifica-se a formação de verdadeiros agregados de massa tumoral necrótica, onde ocorrerá contaminação por microorganismos aeróbicos (por exemplo: *Pseudomonas aeruginosa* e *Staphylococcus aureus*) e anaeróbicos (bacterioses). O produto final do metabolismo desses microorganismos são os gases voláteis (ácido acético, caprótico) que justificam o odor fétido das feridas tumorais.

Os tipos de cancro mais comumente associados à formação de feridas neoplásicas são: mama, cabeça e pescoço, rim, pulmão, ovário, cólon, pênis, bexiga, linfoma e leucemia. Dentre estes, os de mama e de cabeça e pescoço parecem ser os que mais apresentam ferida neoplásica, quer no local de origem quer no local de implantes metastáticos.

2- ESTADIAMENTO

ESTADIAMENTO DAS FERIDAS NEOPLÁSICAS

Estádio 1 – Pele íntegra. Tecido de coloração avermelhada ou violácea. Nódulo visível e delimitado. Assintomática.



Estádio N1 – Ferida fechada ou com abertura superficial por orifício de drenagem de exsudato límpido, de coloração amarelada ou de aspecto purulento. Tecido avermelhado ou violácea, ferida seca ou húmida. Dor ou prurido ocasionais. Sem odor.



Estádio 2 – Ferida aberta envolvendo derme e epiderme. Ulcerações superficiais. Por vezes, friáveis e sensíveis à manipulação. Exsudato ausente ou em pouca quantidade (lesões secas ou húmidas). Intenso processo inflamatório ao redor da ferida. Dor e odor ocasionais.



Estádio 3 – Ferida envolvendo o tecido subcutâneo. Profundidade regular, com saliência e formação irregular. Características: friável, ulcerada ou vegetativa, podendo apresentar tecido necrosado liquefeito ou sólido e aderente, odor fétido, exsudato. Lesões satélites em risco de ruptura. Tecido de coloração avermelhada ou violácea, porém o leito da ferida encontra-se predominantemente de coloração amarelada.



Estádio 4 – Ferida invadindo profundas estruturas anatómicas. Profundidade expressiva. Por vezes, não se visualiza seu limite. Exsudato abundante, odor fétido e dor. Tecido de coloração avermelhada ou violácea, porém o leito da ferida encontra-se predominantemente de coloração amarelada.



Fonte: Haisfiel-Wolfe & Baxendale-Cox. Staging of malignant cutaneous wounds: a pilot study. ONS July 1999, 6 (26) : 1055-56

2.1 CLASSIFICAÇÃO QUANTO AO ODOR

ODOR GRAU I	ODOR GRAU II	ODOR GRAU III
Sentido ao abrir o penso	Sentido junto ao doente, sem abrir o penso	Sentido no ambiente, sem abrir o penso. Odor muito intenso

Fonte: Haisfiel-Wolfe & Baxendale-Cox. Staging of malignant cutaneous wounds: a pilot study. ONS July 1999, 6 (26) : 1055-56

3- CUIDADOS EM FIM DA VIDA vs TRATAMENTO DE FERIDAS

Como em todas as intervenções paliativas realizadas ao doente e família, a sistematização dos cuidados de enfermagem realizados ao doente com ferida neoplásica visam proporcionar ao doente e família/cuidador o maior conforto e melhor qualidade de vida.

Assim o enfermeiro deve avaliar e considerar os benefícios que o paciente obterá com a realização dos cuidados, tendo como principal objectivo o conforto do doente e controlo dos sintomas relacionados com a ferida neoplásica, como: dor, desconforto, hemorragia, exsudado e odor. A cicatrização da ferida não é o objectivo central e não será alcançada pela condição clínica e tempo de sobrevida. A mudança de decúbito deve ser estabelecida com critério e frequentemente e o penso deve ser priorizado nos horários do banho ou higiene íntima, evitando manipulação desnecessária. Deve ainda tentar-se que sejam confortáveis, capazes de manter o melhor controlo de sintomas e permitir durabilidade de pelo menos 24 horas, quando possível.

4- INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

4.1. AVALIAÇÃO DA FERIDA E DAS NECESSIDADES DO DOENTE

Avaliar a ferida quanto a:

- Localização;
- Tamanho;
- Configuração;
- Área de envolvimento;
- Cor;
- Extensão (fístula);
- Odor;
- Exsudado;
- Hemorragia;
- Dor;
- Prurido;
- Descamação;
- Sinais de infecção;
- Acometimento ou invasão de órgãos e sistemas.
- Avaliar a progressão ou mudança das características da ferida.
- Definir os produtos necessários/apropriados para a ferida.
- Identificar as necessidades educacionais do doente/cuidador quanto aos cuidados com a ferida.
- Referenciar aos elementos da equipa de acordos com as necessidades do doente.

4.2. ABORDAGEM DA FERIDA

➤ CUIDADOS BÁSICOS

- Limpar a ferida com soro fisiológico para remoção superficial de microorganismos;
- Conter/absorver exsudato;
- Manter o leito da ferida húmido
- Utilizar técnica cuidadosa que vise analgesia.

- Retirar penso anterior com irrigação abundante.
- Irrigar o leito da ferida com jacto (*“no touch”*).
- Proteger o penso com saco plástico durante a irrigação e abri-lo apenas para realização de novo penso (evitando a dispersão de exsudado e microorganismos no ambiente).

➤ CUIDADOS ESPECÍFICOS

❖ Controle da dor

- Monitorar o nível de dor utilizando a escala preconizada pelo serviço.
- Considerar o uso de gelo, medicação analgésica resgate /ex: ampola de Morfina tópica)/SOS (conforme a prescrição).
- Iniciar o penso 30 minutos após a analgesia via oral, 5 minutos para analgesia subcutânea ou endovenosa, e início imediato para a via tópica.
- Retirar cuidadosamente os adesivos.
- Adequar o horário de realização do penso de acordo com a eficácia da analgesia realizada.
- Avaliar a necessidade de analgesia tópica com lidocaína gel a 2% (aplicar sobre a ferida tumoral e ao redor, cobrindo cerca de 2 cm de tecido saudável).
- Utilizar técnica de forma cuidadosa, evitando friccionar o leito da ferida.
- Irrigar o leito da ferida com água destilada ou soro fisiológico 0,9% e aplicar óxido de zinco (pomada) nos bordos e ao redor da ferida (a camada de pomada age evitando o contacto directo entre a pele do doente e o exsudato, o que pode causar desconforto, sensação de dor, queimação ou ardor).
- Observar a necessidade de analgesia após a realização do penso.
- Reavaliar a necessidade de alteração do esquema analgésico prescrito.
- Considerar a necessidade, junto à equipa médica, de anti-inflamatórios, radioterapia antiálgica ou cirurgia.
- Registar a avaliação da dor e a analgesia realizada antes e após a realização do penso.
- Comunicar à equipa médica os casos de descontrolo de sintomas.

❖ **Controlo de exsudado**

- Pensos absorventes: carvão activado/alginato de cálcio e compressa/compressa com espuma de poliuretano.
- Protecção da pele ao redor (utilização de óxido de zinco na pele macerada e nos bordos da ferida antes da utilização de anti-sépticos).
- Avaliar os benefícios de realização de colheita de exsudado para análise microbiológica.
- Utilização de *Brometo de Ipatrópio* (prática baseada na evidência)

❖ **Controlo do prurido**

- Investigar a causa do prurido.
- Uso de adesivos: considerar a utilização de adesivos hipoalergênicos. Utilizar dexametasona creme a 0,1% nas áreas com prurido.
- Exsudado: considerar a redução do intervalo de realização dos pensos. Utilizar dexametasona creme a 0,1% nas áreas com prurido.
- Relacionado à própria ferida tumoral: utilizar dexametasona creme a 0,1% nas áreas com prurido e em caso de persistência do sintoma, considerar com a equipe médica a introdução de terapia sistémica.
- Candidíase cutânea: à observação observam-se áreas de hiperemia em redor da ferida associada a pápulas esbranquiçadas. Utilizar co-trimoxazole creme.

❖ **Abordagem das fístulas cutâneas**

- Aplicar óxido de zinco na pele ao redor da fístula.
- Adaptar quando possível sacos colectores nas fístulas de alta drenagem, com placas de hidrocoloide ao redor da pele.
- Realizar penso absorvente com carvão activado e/ou alginato de cálcio, com compressa ou espuma de poliuretano como penso secundária.

❖ **Abordagem da hemorragia**

- Realizar pressão directamente sobre os vasos sangrantes com compressa ou toalha de cor escura (evitar a cor branca).
- Considerar aplicação de soro fisiológico a 0,9% gelado; penso hemostático; alginato de cálcio; adrenalina (solução injetável) topicamente sobre os pontos sangrantes.
- Manter o meio húmido evitando aderência do penso ao leito da ferida.

- Verificar, junto à equipa médica, a possibilidade de tratamento com:
 - Coagulante sistémico como o ácido aminocapróico (utilização directa do conteúdo da ampola na ferida ou sistémico)
 - Intervenção cirúrgica.
 - Radioterapia anti-hemorrágica.
 - Sedação paliativa para os casos de hemorragia catastrófica acompanhado de agitação, desespero e angústia do doente.

❖ **Controlo do odor**

a) Lesões cutâneas

- Odor grau I/II:
 - Realizar limpeza com soro fisiológico a 0,9% + anti-séptico cutâneo
 - Retirar anti-séptico com jacto se soro fisiológico a 0,9% e manter compressas com carvão activado+ prata no leito da ferida.
- Odor grau III:
 - Considerar emergência dermatológica.
 - Seguir passos acima e considerar, junto à equipa médica, a possibilidade de associação de antibioterapia sistémica (endovenoso ou via oral). Ex: *Metronidazol*

4.3. REGISTRO DAS INTERVENÇÕES

Documentar:

- Avaliação do doente e da ferida.
- Todas as intervenções realizadas.
- Educação realizada ao doente e/ou família, sinalizando os aspectos de dificuldade de entendimento e habilidade.
- Resultados obtidos.

4.4. ASPECTOS A SEREM REPORTADAS À EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

❖ **MÉDICO**

- Odor fétido.

- Prurido persistente e presença de celulite.
- Agravamento ou mudança na característica da dor (ajuste terapêutico)
- Hemorragia severa.
- Febre.
- Mudanças não usuais na ferida (fístulas e comprometimento de outros órgãos).

❖ **PSICOLOGIA**

- Stress emocional.
- Mudança de humor após episódios de algícos e/ou hemorragia associados à ferida.

❖ **SERVIÇO SOCIAL**

- Dificuldades financeiras de obtenção de produtos necessários ao cuidado da ferida no domicílio.
- Dificuldades de entendimento paciente/família em relação às orientações.

❖ **FISIOTERAPIA**

- Necessidade de adaptação de próteses, órteses (colete, muleta, andador).

5- MATERIAL UTILIZADO PARA A REALIZAÇÃO PENSO

5.1. ASPECTOS A CONSIDERAR NA REALIZAÇÃO DO PENSO

- Impermeabilidade à água e outros fluidos.
- Viabilidade das trocas gasosas.
- Fácil aplicação e remoção.
- Coadjuvante na hemostase.
- Proteger a ferida contra traumatismos mecânico e contra infecção.
- Limitar o movimento dos tecidos ao redor da ferida.
- Promover um ambiente húmido.
- Absorver exsudato.
- Aliviar a dor e proporcionar condições favoráveis às actividades da vida diária do doente

5.2. CARACTERISTICAS DO MATERIAL UTILIZADO NA UNIDADE

A selecção do penso deve estar pautada nos seguintes objectivos:

- Conforto do doente
- Minimizar o risco de infecção.
- Atender às características da ferida.
- Atender às metas da terapia para o doente e da família.
- Ser prático para o doente e família.
- Ter boa relação custo/benefício.
- Estar disponível.

✓ **PENSO COM COMPRESSA HUMEDECIDA EM SOLUÇÃO FISIOLÓGICA A 0,9%**

Composição: compressa estéril e soro fisiológico a 0,9%.

Mecanismo de acção: mantém o leito da ferida húmida, favorece a formação do tecido de granulação, amolece os tecidos desvitalizados, estimula o desbridamento autolítico e absorve exsudato.

Indicação: manutenção da ferida húmida.

Tipos de feridas: feridas com cicatrização por segunda ou terceira intenção.

Contra-indicação: feridas com cicatrização por primeira intenção e locais de inserção de drenos e cateteres.

Modo de usar:

- Limpar a ferida com soro fisiológico a 0,9% por irrigação.
- Manter a compressa húmida em contacto com o leito da ferida.
- Ocluir com penso secundário seco estéril.
- Fixar.

Periodicidade de troca: de acordo com a saturação do penso secundário ou a cada 24 horas.

Observação: a solução de cloreto de sódio a 0,9% pode ser substituída por solução de Ringer simples, pois possui composição electrolítica isotónica semelhante à do plasma sanguíneo.

✓ **HIDROCOLOIDES**

Os hidrocoloides são pensos que podem ser apresentados sob a forma de placa, pasta ou gel.

Composição: o hidrocoloide em placa é um penso sintético derivado da celulose natural, que contém partículas hidrófilas que formam uma placa elástica auto-adesiva.

A sua face externa contém uma película de poliuretano semipermeável não aderente.

A camada de poliuretano proporciona uma barreira protectora contra bactérias e outros contaminantes externos.

Mecanismo de acção: as partículas de celulose expandem-se ao absorver líquidos e cria um ambiente húmido, que permite às células um desbridamento autolítico. Esta condição estimula o crescimento de novos vasos, tecido de granulação e protege as terminações nervosas. Ele mantém o ambiente húmido, enquanto protege as células de traumas, da contaminação bacteriana, e mantém também o isolamento térmico.

Indicação: em úlceras com pequena ou moderada quantidade de exsudado, úlceras de pressão, traumáticas, úlceras venosas, e em áreas necróticas

✓ ALGINATO DE CÁLCIO

Composição: é um polissacarídeo composto de cálcio, derivado de algumas algas.

Realiza a hemóstase, a absorção de líquidos, a imobilização e retenção das bactérias nas suas fibras.

Mecanismo de acção: tem propriedade desbridante. Antes do uso, em seco, e quando as fibras de alginato entram em contacto com o meio líquido, realizam uma troca iónica entre os iões de cálcio do penso e os iões de sódio presentes no exsudado da ferida, transformando as fibras de alginato num gel suave, fibrinoso, não aderente, que mantém o meio húmido ideal para o desenvolvimento da cicatrização.

Indicação: pode ser usado em feridas infectadas e exsudativas, como as feridas neoplásicas estágio II-III-IV. Pode ser utilizado para preencher os espaços mortos, como cavidades e fístulas. Se houver pequena quantidade de exsudato, a ferida pode secar e necessitar de irrigação.

Modo de usar: a sua colocação deve ser realizada tendo em conta a expansão do gel. Após o seu uso, observa-se no leito da ferida uma membrana fibrinosa, que deve ser retirada somente com a irrigação. Pode ser usado em associação com outros produtos. A sua substituição deve ser realizada de acordo com a quantidade e características do exsudado e por conseguinte a saturação do penso. Apresenta, como vantagem, a alta capacidade de absorção e, como desvantagem, a potencialidade de macerar quando em contacto com a pele viável.

Observação: dependendo do fabricante, há necessidade de humedecer o alginato com soro fisiológico no leito da ferida

✓ CARVÃO ATIVADO

Composição: possui uma cobertura composta de uma almofada contendo um tecido de carvão activado cuja superfície é impregnada com prata, que exerce uma actividade bactericida, reduzindo o número de bactérias presentes na ferida, principalmente as gram-negativas. O penso não deve ser cortado, porque as partículas soltas de carvão podem ser liberadas sobre o leito da ferida e agir como um corpo estranho.

Mecanismo de acção: possui um alto grau de absorção e eliminação de odor das feridas.

O tecido de carvão activado remove e retém as moléculas do exsudado e as bactérias, exercendo o efeito de limpeza. A prata exerce função bactericida, complementando a acção do carvão, o que estimula a granulação e aumenta a velocidade da cicatrização.

É uma cobertura primária, com uma baixa aderência, podendo permanecer de três a sete dias quando a ferida não está infectada. No início, a troca deverá ser a cada 24 ou 48 horas, dependendo da capacidade de absorção.

Indicação: feridas exsudativas infectadas, com odore acentuado, em fístulas e feridas gangrenadas.

Modo de usar: irrigar o leito da UP com soro fisiológico a 0,9%; remover o exsudato e tecido desvitalizado, se necessário; colocar o penso de carvão activado e usar a cobertura secundária.

Observação: nas feridas pouco exsudativas e nos casos de exposição osteotendinosa, deve ser utilizado com restrições, devido à possibilidade de ressecar o local da lesão.

✓ **METRONIDAZOL**

O metronidazol é um derivado imidazólico que actua directamente no DNA dos microorganismos, impedindo assim a síntese de enzimas essenciais à sobrevivência do patógeno.

Possui grande acção sobre bactérias anaeróbias, incluindo *B. fragilis*. Por essa razão, é uma droga extremamente útil no controle do odor de feridas tumorais, já que a população de germes anaeróbios nessas feridas está intimamente relacionada com a génese do mau odor.

É importante ressaltar que o uso de metronidazol não visa a erradicação dos microorganismos causadores do odor.

O objectivo do uso da droga é controlar o odor, reduzindo a sua intensidade ou até eliminando-o de forma temporária.

A experiência clínica demonstra que, após a suspensão da droga, o sinal reaparece ou se intensifica, de acordo com as características do tumor (localização, tamanho, tipo) e de acordo com características do próprio paciente.

APRESENTAÇÕES DISPONÍVEIS

- Gel a 0,8% – para uso tópico na pele ou em mucosas, vem apresentando excelentes resultados no controle do odor, sem a indução dos efeitos colaterais da terapia sistémica.
- Comprimidos de 250 mg – para uso sistémico, conforme indicação médica.
- Solução injectável 5 mg/ml – para uso sistémico, conforme indicação médica.

Observação: caso o gel a 0,8% esteja indisponível, pode utilizar-se por via tópica os comprimidos, que devem ser esmagados na proporção de 1 comprimido de 250 mg para 50 ml de soro fisiológico a 0,9%, ou água destilada, ou a solução injectável, que deve ser administrada pura, sem diluir. Reforça-se que esta forma de utilização deve ser reservada apenas para as situações em que seja realmente impossível obter a apresentação em gel a 0,8%.

RECOMENDAÇÕES DE UTILIZAÇÃO

Via tópica

- Via preferencial. A apresentação em gel a 0,8% é a melhor opção.
- Cessado o odor, o seu uso deve ser interrompido.
- Caso haja retorno do odor, considerar a sua reintrodução.
- Se não houver controlo adequado, considerar a associação do uso sistémico.

Via sistémica

- O objectivo de uso dessa via é acelerar o controlo do odor.
- Deve ser utilizada apenas no controlo do odor grau II ou III.
- Deve ser utilizada em associação com o uso tópico.
- Utilizar no máximo 14 dias. Após esse prazo, suspender o uso sistémico e manter o uso tópico até cessar o odor.

- Se o odor piorar após a suspensão do uso sistémico, outros ciclos de 14 dias podem ser repetidos, no entanto, é recomendado, sempre que possível, um intervalo mínimo de 21 dias entre os ciclos.

✓ **COMPRESSA DE GAZE GORDA**

Composição: é um produto originado de óleos vegetais polinsaturados, composto fundamentalmente de ácidos gordos essenciais que não são produzidos pelo organismo, como: ácido linoleico, ácido caprílico, ácido cáprico, vitamina A, E, e a lecitina de soja. Os ácidos gordos essenciais são necessários para manter a integridade da pele e a barreira de água, e não podem ser sintetizados pelo organismo.

Mecanismo de acção: os ácidos gordos essenciais promovem quimiotaxia (atração de leucócitos) e angiogenese (formação de novos vasos sanguíneos), mantêm o meio húmido e aceleram o processo de granulação tecidular. A aplicação tópica em pele íntegra tem grande absorção: forma uma película protectora, previne escoriações – devido à alta capacidade de hidratação – e proporciona nutrição celular local.

Indicação: utilizada em feridas neoplásicas como membrana de protecção não aderente ao leito da ferida

Modo de usar: irrigar o leito da lesão com soro fisiológico a 0,9%, remover o exsudato e aplicar a compressa de gaze gorda no leito da ferida. Ocluir com penso secundária (compressa seca) e fixar. A periodicidade de troca deverá ser até que o penso secundário esteja saturado ou a cada 24 horas.

Observação: a compressa de gaze gorda poderá ser associada ao alginato de cálcio e carvão activado.

✓ **BROMETO DE IPATRÓPIO**

Broncodilatador. Composto de amónio quaternário com propriedades anticolinérgicas (parassimpaticolíticas).

Prática baseada na evidência em Cuidados Paliativos demonstra benefícios na sua utilização para controlo do exsudado da ferida secando o tecido da lesão.

✓ **SUCRALFATO**

Anti-ácido e anti-ulceroso. Protector da mucosa gástrica. Indicado no tratamento da Úlcera péptica.

Prática baseada na evidência em Cuidados Paliativos demonstra benefícios na sua utilização em feridas com tecido de granulação friável, actuando como hemostático e protector do tecido viável.

✓ **ACIDO AMINOCAPRÓICO**

Anti-hemorrágicos / Antifibrinolíticos. Tratamento e profilaxia das hemorragias associadas a uma fibrinólise excessiva.

Prática baseada na evidência em Cuidados Paliativos demonstra benefícios na sua utilização para o controlo de hemorragia de feridas neoplásicas por via oral ou directamente sobre a ferida, aplicando previamente o conteúdo da ampola numa compressa hemostática.

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Cooley ME. Controlling odors in malignant ulcerating lesions. *Oncol Nurs Forum* 1995; 22(06): 988.
- 2- Firmino F. Pacientes portadores de feridas neoplásicas em Serviços de Cuidados Paliativos: contribuições para elaboração de protocolos de intervenções de enfermagem. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2005; 51(4): 347-59.
- 3- Gomes IP. Feridas tumorais: em busca de evidências. [monografia]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer;2003.
- 4- Grocott P. A review of advances in fungating wound management since EWMA 1991. *European Wound Management Association Journal* 2002; 2(1): 21-4.
- 5- Haisfield-Wolde ME, Baxendale-Cox. Staging of malignant cutaneous wounds: a pilot study. *ONS Connect* 1999; 26(6): 1055-6.
- 6- Haisfield-Wolde ME, Rund C. Malignant cutaneous wound: management protocol. *Ostomy Wound Manage* 1997; 43(1): 56-66.
- 7- Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Protocolo para tratamento de ferida tumoral. Rio de Janeiro: INCA, 2007.
- 8- Mamédio C, Pimenta CAM. Cuidados com lesões vegetativas malignas. In: Pimenta CAM, Mota DDCF, Cruz DALM, organizadores. *Dor e cuidados paliativos*. São Paulo: Manole; 2006.
- 9- Naylor W. Palliative management of fungating wounds. *European journal of palliative care: the journal of the European Association for Palliative Care* 2003; 10(3): 93-7.
- 10-Poletti NAAP et al. Feridas malignas: uma revisão de literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2002; 48 (3):411-7.
- 11-Schulz V, Triska OH, Tonkin K. Malignant Wounds: caregiver determined clinical problems. *J Pain Symptom Manage* 2002; 24(6): 572-7.
- 12-Seaman S. Home care for pain, odor, and drainage in tumor associated wounds. *Oncol Nurs Forum* 1995; 22(6): 987.

13-Silva SP. O desafio do enfermeiro no controle do odor das feridas tumorais em pacientes sob internação domiciliar. [monografia]. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer; 2004. 31f.

Apêndice C: Comunicação em Cuidados Paliativos. [CD]

Apêndice D: Registo de Conferência Familiar

CONFERÊNCIA FAMILIAR DO SRº M.H.

(MODELO DA INSTITUIÇÃO)

PREPARAÇÃO

1- *Definir os objectivos da conferência*

Contextualizar a família face ao agravamento do estado de saúde do Srº M; esclarecer dúvidas; proporcionar espaço para partilha de sentimentos.

2- *Famíliares a estarem presentes:*

Filha (Sr.ª T.) e esposa (Sr.ª T)

3- *Definição de estratégias/ hierarquia de conteúdos a abordar durante a conferência?*

Esclarecimento do agravamento clínico; esclarecimento de dúvidas; partilha da dinâmica familiar; esclarecimento de dúvidas sobre alimentação e hidratação; reforçar a importância da presença da família nomeadamente da neta; preparação e esclarecimento de sinais e sintomas que evidenciam um fim próximo.

REGISTO DA CONFERÊNCIA FAMILIAR

• **Após a Conferência**

- 1- Objectivos da conferência atingidos? Descrição do plano de acção resultante.
Sim.

Disponibilidade da equipa para o esclarecimento de dúvidas.

Acordado com a família que seria contactada se houvesse agravamento significativo do estado clínico do Sr.º M, por terem manifestado vontade de estarem presentes no momento da partida.

- 2- Quem este presente (técnicos e familiares)?

Esposa e filha.

Dr. º M, Enfª Fátima e Enfª Filipa

- 3- Comentário Final:

Objectivos da conferência atingidos.

Família aparentemente ajustada à situação actual.

Apêndice E: *Checklist* de Enfermagem na PCR

CHECK-LIST DE ENFERMAGEM PCR

☐ Inconsciente | ☐ Não Respira | ☐ Gasping

Hora PCR: ____:____ → Chamar Equipa de Reanimação: ____:____

SBV

Início: ____:____

Conectar Desfibrilhador / Monitor
Minimizar interrupções ☐

Ritmo Inicial

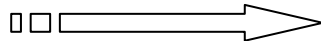
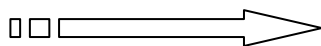
☐ AESP

☐ Assistolia

☐ FV / TVSP:

1º Choque : ____:____

Carga: ____ J



SBV (2 min.)



Avaliar Ritmo

Analisar Ritmo

☐ RCE

☐ Sem Sucesso

↪ SBV (2 min.)

2º Choque : ____:____

Carga: ____ J

Terapêutica: _____ Dose: _____

_____ Dose: _____

Terapêutica: _____ Dose: _____

SBV (2 min.)



Analisar Ritmo

☐ RCE

☐ Sem Sucesso

↪ Terapêutica

3º Choque : ____:____

Cuidados Imediatos Pós PCR	Terapêutica
A – Via aérea TOT : Ø ____ Nível: ____	<input type="checkbox"/> Adrenalina 1 mg (3-5 min.; cada 2 ciclos 2 min.)
B – Ventilação Artificial Modalidade: _____	<input type="checkbox"/> Amiodarona 300 mg (quando retomadas compressões)
C – Circulação <input type="checkbox"/> Via EV <input type="checkbox"/> Via IO	<input type="checkbox"/> Sulfato de Magnésio (<i>Torsade Pointes</i>)
D – Avaliação Neurológica Glasgow: ____ Pupilas: _____	<input type="checkbox"/> Bicarbonato de Sódio 8,4%
E – Expor – Prevenção de hipotermia	<input type="checkbox"/> Cloreto de Cálcio / <input type="checkbox"/> Gluconato de Cálcio
Controlar oxigenação / ventilação	<input type="checkbox"/> Soroterapia : _____
ECG 12 Derivações	_____
Tratar causa precipitante	_____

Apêndice F: Registo de Reanimação Cardio-Respiratório

REGISTO DE REANIMAÇÃO CARDIO-RESPIRATÓRIA

Nome: _____
 Data de Nascimento: / / Idade: anos Sexo: M [] F []
 Se idade <18a Peso: Kg Altura: m
 Data de Admissão: / / Nr. Processo: _____

Data do Evento: / /
Local:
Presenciada: Sim [] Não []

Condição Inicial	Consciente? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Respira? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Pulso? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Ritmo Inicial	<input type="checkbox"/> FV <input type="checkbox"/> TV <input type="checkbox"/> AESP <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Assistolia <input type="checkbox"/> Outro:
Causas Imediatas	<input type="checkbox"/> Arritmia Maligna <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Depressão Respiratória <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> EAM ou Isquemia <input type="checkbox"/> Desconhecida <input type="checkbox"/> Outra:
Procedimentos efectuados no momento da PCR	<input type="checkbox"/> Acesso Venoso Periférico: Local: Colocado por: <input type="checkbox"/> Acesso Venoso Central: Local: Colocado por: <input type="checkbox"/> Medicação IV <input type="checkbox"/> Monitorização ECG <input type="checkbox"/> Entubação <input type="checkbox"/> Orotraqueal <input type="checkbox"/> Nasotraqueal <input type="checkbox"/> Outra: Ø ____ Nível ____ <input type="checkbox"/> Ventilação <input type="checkbox"/> Desfibrilhador/Cardioversor Implantável <input type="checkbox"/> Catéter Arterial: Local: Colocado por:
Hora dos Eventos	Colapso: ____ : ____ Equipa RCR chamada: ____ : ____ <input type="checkbox"/> Medicina <input type="checkbox"/> Cirurgia Equipa RCR chegou: ____ : ____ PCR confirmada: ____ : ____ RCR iniciada: ____ : ____ = ____ min Primeira Desfibrilhação: ____ : ____ = ____ min Carga: ____ Joules Via aérea obtida: ____ : ____ = ____ min Primeira dose de Adrenalina: ____ : ____ = ____ min RCR terminada: ____ : ____ Porquê? <input type="checkbox"/> Retorno à Circulação Espontânea (RCE) <input type="checkbox"/> Fútil <input type="checkbox"/> Morte Hora de RCE ____ : ____ <input type="checkbox"/> RCE nunca atingida <input type="checkbox"/> RCE não sustentada
Equipa Presente na RCR	<input type="checkbox"/> Médico(s) ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> Enfermeiro(s) ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> Assistente Operacional <input type="checkbox"/> Outro
Transferência	Hora ____ : ____ Serviço: Comunicação Pessoa Referência: Sim <input type="checkbox"/> Quem Informou: Não <input type="checkbox"/>

Apêndice G: Projecto de Estágio – Comunicação no Serviço de Urgência [CD]

Apêndice H: Grelha de Observação – Competências de Comunicação Utilizadas pelos Enfermeiros na Entrevista de Triagem

Grelha de Observação

“Competências de Comunicação Utilizadas pelos Enfermeiros na Entrevista de Triage”

Entrevista nr. _____ Doente <input type="checkbox"/> sozinho <input type="checkbox"/> acompanhado - <input type="checkbox"/> família – <input type="checkbox"/> Bombeiros/INEM	Verifica - se	Não se Verifica	Não se aplica
Escuta – comunicação não-verbal -o enfermeiro comunica o seu interesse pelo cliente.			
Empatia – compreender o que o cliente está a sentir. Minimiza sentimentos de ansiedade, agressividade, impaciência.			
Consideração – demonstra a importância do papel do cliente na relação. Explica objectivos da triagem			
Comentários abertos – permitem ao cliente seleccionar quais os temas que considera mais relevantes e encoraja-o a prosseguir. Propicia um ambiente calmo/ confortável.			
Redução de distância – comunica de forma não-verbal que quer estar próximo do cliente. Informa o cliente e a família/acompanhante. Preserva a intimidade.			
Clarificação – demonstra a intenção de compreender o cliente.			
Focalização – orienta a conversa para o tópico de importância.			
Síntese – ajuda o cliente a separar a informação relevante da irrelevante; serve como revisão e termo de relação.			
Validação consensual – demonstra o desejo de compreender a comunicação do cliente. Não projecta opiniões pessoais, preconceitos ou estereótipos.			
Orientação – ajuda o cliente/ família a saber o que espera dele; orienta para os recursos humanos, materiais e físicos do SU (equipa médica, sector de observação, W.C., sala de espera, cafetaria).			
Recapitulação – solicita a validação da interpretação da mensagem dada pelo enfermeiro; em caso negativo repete.			

Apêndice I: Questionário acerca das Necessidades dos Familiares de Doentes em estado Crítico

Colheita de dados – adaptado “Critical Care Family Need Inventory”

Questionário acerca das necessidades dos familiares de doentes em estado crítico

Este questionário tem como objectivo identificar as necessidades enquanto pessoa que possui um familiar/ amigo internado numa Unidade de Cuidados Intensivos.

Solicita-se a sua colaboração lendo atentamente cada questão, assinalando com um “X” as respostas que melhor correspondem às suas necessidades.

Poderá assinalar quantas respostas forem necessárias e ainda acrescentar outras necessidades que não estejam descritas no questionário.

Não se detenha demasiado tempo em cada questão. Responda de forma espontânea, pois neste questionário as respostas espontâneas têm grande valor.

Muito obrigada pela sua colaboração!

Identificação

Iniciais do nome _____ Idade _____

Sexo: () Feminino () Masculino Religião: _____

Grau de Escolaridade: () 9ºano () Ensino Secundário () Curso Superior () Mestrado () Outros _____

Grau de parentesco com o doente: _____ Tempo de internamento do doente: _____

A) **Necessidade de Conhecimento/ Informação:** refere-se à necessidade de receber informação ou ter conhecimento do estado de saúde ou dos procedimentos envolvidos no tratamento do seu familiar / amigo

- () 1. Conhecer a expectativa de alta
- () 2. Obter respostas claras às minhas perguntas
- () 3. Ser informado em caso de mudanças da condição de saúde do meu familiar
- () 4. Saber quais são os medicamentos que o meu familiar está a tomar
- () 5. Saber factos concretos sobre a evolução clínica do meu familiar
- () 6. Receber informação sobre o estado de saúde do meu familiar pelo menos uma vez por dia
- () 7. Ser provido de explicações compreensíveis
- () 8 . Saber porque determinado procedimento foi realizado
- () 9. Saber exactamente o que está a ser feito pelo meu familiar
- () 10 . Ser informado sobre resultados obtidos em situações clínicas semelhantes à do meu familiar
- () 11. Receber orientações de como estar/ o que fazer junto à cama do meu familiar doente
- () 12. Saber qual o membro da equipa multidisciplinar disponível para me dar informações
- () 13. Ter explicações sobre o ambiente da UCI antes de entrar pela primeira vez
- () 14. Conhecer os profissionais que estão a cuidar do meu familiar
- () 15. Ser informado (a) sobre alguém a vivenciar uma situação familiar semelhante
- () 16. Ser informado (a) sobre a intensão de transferência e quando esta é realizada
- () 17. Ser informado (a) sobre os serviços religiosos existentes na instituição

Outras necessidade (neste espaço poderá acrescentar outro itens que correspondam a necessidades suas relacionadas com conhecimento/ informação que não constam na listagem acima apresentada)

B) **Necessidades de Conforto:** referem-se às necessidades para se sentir confortável na sala de espera ou na UCI durante a visita. Os itens desta categoria estão relacionados com a estrutura física da UCI e recursos hospitalares existentes.

- () 1. Ter W.C. próximo da sala de espera
- () 2. Ter um telefone próximo da sala de espera
- () 3. Ter a sala de espera próxima do meu familiar
- () 4. Ter um mobiliário confortável na sala de espera
- () 5. Ter um local no hospital onde possa ficar sozinho (a)
- () 6. Ter disponível no hospital local com refeições apazíveis

Outras necessidades (neste espaço poderá acrescentar outro itens que correspondam a necessidades suas relacionadas com conforto que não constam na listagem acima apresentada)

C) **Necessidades de segurança emocional:** referem-se às necessidades de se sentir seguro(a) de se sentir menos ansioso(a) e menos receoso (a) quanto ao estado de saúde e prognóstico do seu familiar

- ☐ 1. Ter a certeza que o meu familiar está a receber o melhor tratamento
- ☐ 2. Sentir que há esperança
- ☐ 3. Ter amigos próximos para suporte
- ☐ 4. Sentir-se acolhido pela equipa multidisciplinar
- ☐ 5. Sentir-se seguro no hospital
- ☐ 6. Conversar sobre os sentimentos do que vai acontecendo
- ☐ 7. Conversar sobre a possibilidade de falecimento do meu familiar
- ☐ 8. Ter alguém encarregue pela minha saúde
- ☐ 9. Ter outra pessoa comigo quando estiver a visitar o meu familiar na UCI
- ☐ 10. Sentir-se à vontade para chorar
- ☐ 11. Ter liberdade para ficar sozinho (a) a qualquer hora
- ☐ 12. Receber a visita de um representante religioso (padre, pastor, rabino)

Outras necessidades (neste espaço poderá acrescentar outro itens que correspondam a necessidades suas relacionadas com a segurança emocional que não constam na listagem acima apresentada)

D) **Necessidade de acesso ao doente e aos profissionais da unidade:** referem-se às possibilidades de ter maior acesso ao seu familiar internado na UCI e aos profissionais do serviço (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e assistentes operacionais)

- ☐ 1. Conversar com o médico diariamente
- ☐ 2. Ver o meu familiar frequentemente
- ☐ 3. Conversar com o enfermeiro responsável pelo meu familiar diariamente
- ☐ 4. Ter um horário de visita flexível, podendo ser modificado em situações especiais
- ☐ 5. Ter o horário do início da visita respeitado, isto é, iniciar a visita pontualmente no horário previsto
- ☐ 6. Ter uma pessoa específica no hospital para entrar em contacto e ter notícias do meu familiar quando não puder estar presente na vista
- ☐ 7. Estar presente e poder colaborar nos cuidados de conforto ao meu familiar
- ☐ 8. Poder visitar a qualquer momento
- ☐ 9. Ter alguém a quem recorrer em caso de problemas financeiros motivados pelo internamento do meu familiar
- ☐ 10. Conhecer a natureza dos cuidados prestados pela equipa ao meu familiar

Outras necessidades (neste espaço poderá acrescentar outro itens que correspondam a necessidades suas relacionadas com o acesso ao doente e ao profissionais da unidade, que não constam na listagem acima apresentada)

Apêndice J: *Checklist* de Acolhimento ao Familiar do Doente Internado na UCI

Proposta de *Check List* de Acolhimento ao Familiar do doente Internado na UCI

- ☐ Receber o familiar com disponibilidade e cordialidade, apresentando-se pelo nome.
- ☐ Apresentar o serviço e mais concretamente a unidade do doente, explicando a presença de alarmes e dos diversos equipamentos que a constituem.
- ☐ Informar sobre o horário das visitas e a possibilidade de flexibilidade do mesmo, sempre que previamente acordado com a equipa e que o serviço permita
- ☐ Informar onde se localiza o W.C. de visitas na UCI, os bares, máquinas de *snacks*, papelaria, multibanco, parquímetros e capela.
- ☐ Fornecer os contactos telefónicos da UCI
- ☐ Transmitir a importância da existência de um familiar de referência, como elo de ligação Doente-Família-Unidade. Registrar contactos.
- ☐ Explicar ao familiar a política de transmissão de informação na UCI – presencial; via telefone apenas informações sumárias e preferencialmente com o familiar de referência.
- ☐ Transmitir ao familiar que é objectivo de toda a equipa cuidar do seu familiar com profissionalismo e rigor técnico e humano.
- ☐ Permitir a exposição de medos, dúvidas e receios.
- ☐ Informar que poderá conversar com o enfermeiro e médico responsável durante a visita sempre que desejar.
- ☐ Os factos concretos referentes à evolução clínica são dados pelo médico responsável pelo doente
- ☐ Transmitir esperança realista.

☐ **Sugestões...**

Apêndice K: *Critical Care Family Need Inventory* – Estudo exploratório acerca das necessidades dos familiares de doentes em estado crítico [CD]

Apêndice L: Meta 2 - Melhoria da Comunicação Eficaz

Meta 2 - Melhoria da Comunicação Eficaz

A JCI está a chegar!

Vale a Pena Acreditar...

 HPP HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA	VALE UMA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR... Minimizar erros de Interpretação... Consultar Lista de Termos a Não Usar versus Termos a Usar	 OBRIGADO	Válido até 8 de Março de 2012	
META 2 - Melhoria da Comunicação Eficaz	 HPP HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA	VALE UMA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR... Assegurar a uniformização e Garantir o correcto entendimento da comunicação... Consultar Lista Abreviaturas, Siglas e Símbolos	 OBRIGADO	
Válido até 8 de Março de 2012	META 2 - Melhoria da Comunicação Eficaz	 HPP HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA	VALE UMA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR... Registos Manuscritos Legíveis!	 OBRIGADO
Válido até 8 de Março de 2012	META 2 - Melhoria da Comunicação Eficaz	 HPP HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA	VALE UMA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR... Ordens Verbais ou Por Telefone... Pronunciar correctamente o conteúdo da mensagem. Não utilizar abreviaturas na comunicação oral	 OBRIGADO
Válido até 8 de Março de 2012	META 2 - Melhoria da Comunicação Eficaz	 HPP HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA	VALE UMA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR... Pedidos Médicos Não Permitidos por Comunicação Verbal ou por Telefone... - Procedimentos Invasivos - Medicamentos em Perfusão Contínua - Medicamentos de Alto Risco (Ver Lista)	 OBRIGADO
Válido até 8 de Março de 2012	META 2 - Melhoria da Comunicação Eficaz	 HPP HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA	VALE UMA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR... Ordens Verbais ou Por Telefone... (UCI BO SU) Receptor volta a dizer a mensagem ouvida para que o emissor a confirme, sendo abolido o registo da mesma (Indicações Médicas e Resultados Laboratoriais Críticos)	 OBRIGADO
Válido até 8 de Março de 2012	META 2 - Melhoria da Comunicação Eficaz			

Apêndice M: Protocolo de cuidados aos olhos do doente internado na UCI/UCIP

1. TÍTULO

Cuidados aos Olhos do doente internado na UCI/UCIP

2. META / PADRÃO

Meta 5 - Reduzir o risco de infeções associadas aos cuidados de saúde.

3. OBJECTIVO

Uniformizar procedimentos relativamente aos cuidados aos olhos de doentes sedados, em coma e a sujeitos a ventilação invasiva, ventilação não invasiva e oxigenioterapia, tendo como finalidade a optimização deste cuidado para conforto do doente e redução de complicações oculares.

4. DESTINATÁRIOS

Todos os Enfermeiros a desempenharem funções na UCI/UCIP.

5. DEFINIÇÕES

Os cuidados aos olhos são especialmente dirigidos a doentes cuja capacidade fisiológica de protecção dos mesmos se encontra comprometida.

Doentes inconscientes, sedados ou curarizados representam um grupo de alto risco que são dependentes de cuidado do olho para manter a integridade da superfície ocular.

Esta revisão sistemática foi realizada para determinar o método mais eficaz de prestação de cuidados aos olhos de doentes sedados, curarizados, em coma e a sujeitos a ventilação invasiva, ventilação não invasiva e oxigenioterapia.

A incidência de distúrbios oculares nesta população é difícil de quantificar devido a factores como pouca documentação e que em comparação com os cuidados de enfermagem necessários para estabilizar os sistemas vitais do corpo, os cuidados do olho são frequentemente vistos como um problema relativamente menor.

O encerramento normal da pálpebra é mantido durante o sono pela contracção tónica do músculo orbicular. O uso de relaxantes musculares reduz a contracção tónica do músculo e resulta de um encerramento dos olhos apenas com uma força passiva. Pode também existir ausência de movimentos oculares aleatórios e uma

Revisão n.º 0	Elaborado: ____/____/____	Aprovado: ____/____/____	Homologado: ____/____/____
---------------	------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

perda do reflexo de piscar com o uso de sedação. Há ainda factores que interferem com a cobertura do filme lacrimal do olho como o encerramento inadequado da pálpebra que permite um aumento da evaporação do filme lacrimal. Como resultado os doentes tornam-se susceptíveis à secagem do olho. Isto pode ser exacerbado por uma diminuição na secreção causada por medicamentos, tais como: atropina, anti-histamínicos e antidepressivos tricíclicos.

No doente crítico devido à perda ou ineficácia das barreiras de protecção oculares como a conjuntiva, as lágrimas, o encerramento da pálpebra e o reflexo de pestanejo podem surgir diversos problemas oculares como: conjuntivite, queratites, úlcera e lesão da córnea por abrasão, quemose ("Olho do ventilador" - edema da conjuntiva). Existem também factores exógenos como ventilação invasiva e não invasiva e suas consequências, método de fixação do tubo orotraqueal, adaptação inadequada dos dispositivos de oxigenioterapia, aspiração de secreções, que podem contribuir para diversos problemas oculares no doente crítico.

6. PROCEDIMENTOS

Os cuidados aos olhos obedecem a procedimentos gerais e específicos mediante o plano de cuidados de cada doente.

Procedimento Geral

Higiene Ocular:

1. Informar o doente relativamente ao procedimento.
2. Lavar as mãos e colocar luvas limpas.
3. Aplicar água esterilizada em compressa esteril. Utilizar compressa individualizada para cada olho.
4. Num movimento firme, mas sem excesso de pressão, efectuar um movimento único da parte interna do olho para a parte externa evitando tocar na cornea. Repetir este passo, utilizando nova compressa, até o olho estar devidamente limpo.
5. Utilizar uma nova compressa para remover o excesso de água.
6. Repetir o passo 3 a 5 para o outro olho.
7. Avaliar a necessidade de utilização de lubrificante ocular ou penso ocular.

Revisão n.º 0	Elaborado: ____/____/____	Aprovado: ____/____/____	Homologado: ____/____/____
---------------	------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

8. Elaborar registos.

Material necessário:

- Soluções nutritivas e aditivos

Procedimentos Específicos

Reflexo de Pestanejo presente:

1. Olho translucido, sem secreção ocular.
 - a. Efectuar a higiene ocular diária.
2. Olho viscoso, com secreção ocular.
 - a. Efectuar a higiene ocular tantas vezes quantas necessárias durante o dia.

Reflexo de Pestanejo Diminuído (doentes sedados e com afecções neurológicas, com frequência < 5 vezes por minuto):

1. Higiene Ocular cada 6 horas.
2. Reavaliar e aumentar a frequência se necessário.

Reflexo de Pestanejo Ausente (doentes sedados, em coma ou curarizados):

1. Higiene ocular cada 4 horas.
2. Aplicar lubrificante ocular.
3. Aplicar penso oftálmico.
4. Reavaliar e aumentar a frequência se necessário.

Situações Clínicas Específicas:

- No doente inconsciente, fortemente sedado, curarizados ou pacientes com edema da conjuntiva, os olhos devem ser observados regularmente com uma luz brilhante para detectar se existe exposição da conjuntiva ou córnea.

Pálpebras fechadas – Sem tratamento

Conjuntiva exposta – Lubrificantes oculares

Córnea expostas – Penso oftálmico + Lubrificantes

Doentes em decúbito ventral – Penso oftálmico+ Lubrificantes


Revisão n.º 0	Elaborado: ____/____/____	Aprovado: ____/____/____	Homologado: ____/____/____
---------------	------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

- A aspiração de secreções brônquicas deve ser realizada com o enfermeiro posicionado na zona lateral da cama e os olhos do paciente devem ser protegidos. A sonda de aspiração deve ser removida no sentido inverso à zona ocular por existir uma forte associação entre esta técnica e a contaminação ocular iatrogénica (cruzada com secreções brônquicas).
- Deve realizar-se colheita de exsudado ocular se existir suspeita de infeção ocular.
- Microorganismos como *Serratia marcescens*, *Enterobacter aerogenes* e *Pseudomonas aeruginosas* estão associados à maioria das infeções oculares em doentes de Cuidados Intensivos.
- *Cloranfenicol* tópico deve ser iniciado empiricamente em doentes com isolamento de *Pseudomonas aeruginosas* nas secreções brônquicas.
- *Cloranfenicol* tópico deve ser iniciado se *Pseudomonas aeruginosas* isoladas na conjuntiva e deve solicitar-se parecer especializado de Oftalmologia.

7. REFERÊNCIAS

1. Douglas L, Berry S, *Developing clinical guidelines in eye care for intensive care units*. Nurs Child Young People [Internet]. Jun. 2001 [acesso em: 05 Jan. 2012]; 23(5):14-20. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21910398>
2. Marshall AP, Elliott R, Rolls K, Schancht S, Boyle M. *Eyecare in the critically ill: clinical practice guideline*. Australian Critical Care. [Internet] May 2008 [acesso em: 05 Jan. 2012]; 21(2):97-109; Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18378464>
3. Prince of Wales Intensive Care, Clinical Practice Guidelines – *Eye Care for Unconscious and Sedated Patients Adult Intensive Care*. Prince of Wales Hospital. [Internet]. Nov. 2004 [acesso em: 04 Jan. 2012]; [05 páginas]. Disponível em: <http://intensivecare.hsnet.nsw.gov.au/>

Revisão n.º 0	Elaborado: ____/____/____	Aprovado: ____/____/____	Homologado: ____/____/____
---------------	------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

 HPP HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA	HOSPITAL DE CASCAIS – DR JOSÉ DE ALMEIDA Protocolo 00 - Acreditação JCI	Código ----- Pág. 5 / 5
--	--	-------------------------------

4. The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery. *Eye Care for Intensive Care Patients*. Best Practice [Internet]. 2002 [acesso em: 04 Jan. 2012]; 6(1):1-6. Disponível em:
<http://graphics.ovid.com/db/cinahl/pdfs/2002044923.pdf>
5. Werli-Alvarenga A, Ercole FF, Botoni FA, Oliveira JADMM, Chianca TCM. *Lesões na córnea: incidência e fatores de risco em unidade de terapia intensiva*. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. Set.-Out. 2011 [acesso em: 04 Jan. 2012]; 19(5): [09 páginas]. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae

Revisão n.º 0	Elaborado: ____/____/____	Aprovado: ____/____/____	Homologado: ____/____/____
---------------	------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Apêndice N: Protocolo de cuidados *Posmortem* na UCI/UCIP

1. TÍTULO

Cuidados Pós-Mortem na UCI/UCIP

2. META / PADRÃO

Meta 1 - Identificar os pacientes corretamente.

Meta 5 - Reduzir o risco de infecções associadas aos cuidados de saúde.

3. OBJECTIVO

Uniformizar procedimentos relativamente aos cuidados prestados ao doente após o seu falecimento.

Desenvolver os cuidados que visam a dignidade e sensibilidade do cuidado ao corpo *post mortem* na preparação higiene, relação com os familiares/pessoa significativa em luto e o transporte do corpo para a morgue.

4. DESTINATÁRIOS

Todos os Enfermeiros a desempenharem funções na UCI/UCIP.

5. DEFINIÇÕES

Potter e Perry (2006) defendem que o cuidar de um corpo *pós-mortem* implica dignidade e sensibilidade. Após a morte o corpo sofre alterações físicas, e por isso a prestação dos cuidados deve ser o mais cedo possível de forma a evitar danos nos tecidos ou o desfiguramento de partes do corpo.

Hallouet, Eggers et Malaquin-Pavan (2006) referem que o material para a realização dos cuidados ao corpo morto é o mesmo que para a higiene, excepto em relação à indumentária do corpo.

A preparação do cadáver é da *responsabilidade do enfermeiro* responsável pelo doente, sendo este que deve retirar todos os dispositivos de cateterização, proceder à higiene corporal, tamponamento de todos os orifícios naturais, sutura de eventuais estomas e imobilização dos membros superiores e inferiores, mantendo sempre o alinhamento corporal.

Revisão n.º 0	Elaborado: ____/____/____	Aprovado: ____/____/____	Homologado: ____/____/____
---------------	------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

6. PROCEDIMENTOS

Os cuidados *post mortem* obedecem a procedimentos gerais e específicos. É necessário atender à privacidade para se iniciar os cuidados *post mortem* e a preparação do corpo deve ser a mais natural e confortável possível.

Considerações Prévias

- Notificar o médico para certificar o óbito e informar a família.
- Criar um ambiente tranquilo junto do doente falecido e dos outros doentes internados no serviço, agindo com a máxima discrição e profissionalismo.
- Se a família se encontrar presente no serviço, oferecer a possibilidade de ficar junto do seu familiar falecido (desligar alarmes, providenciar luz suave e cadeiras, apoiar o momento de dor e luto, atender à privacidade).
- Se família estiver ausente do serviço, validar com o médico se no contacto telefónico foi manifestado o desejo da mesma se deslocar ao serviço para estar com o seu familiar falecido.
- Averiguar se há práticas culturais ou religiosas que sejam significativas para o doente falecido ou família.
- Orientar a familiar para os procedimentos a efectuar pós transferência do corpo para a morgue.

Procedimento Gerais

Hallouet, Eggers *et* Malaquin-Pavan (2006)

- Colocar avental e barreiras de protecção, conforme o necessário;
- Despir o corpo e retirar os adornos existentes (realizar um inventário dos mesmos e colocar no envelope de espólio);
- Retirar os objectos como algália, soros, oxigénio, drenos e outros, e aplicar pensos oclusivos;
- Retirar os pensos repassados e realizar os tratamentos das feridas;
- Realizar a higiene do corpo com água e sabão, e secar.
- Tamponar orifícios naturais em caso de eventual saída de fluídos ou em doentes infectados;

Revisão n.º 0	Elaborado: ____/____/____	Aprovado: ____/____/____	Homologado: ____/____/____
---------------	------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

- Colocar uma protecção individual (lençol saco cadáver ou outro) adaptada ao tamanho da pessoa.
- Cuidar delicadamente dos olhos (colocar uma compressa molhada se estes não se fecharem sozinhos, ou adesivo);
- Realizar a higiene da boca;
- Lavar o cabelo, se necessário. Colocar a peruca, caso exista. Os cabelos naturais ou postiços são penteados; Retirar ganchos, alfinetes ou elásticos;
- Colocar as próteses dentárias, se a pessoa usava;
- O maxilar inferior deve ser fixado de uma forma natural – este posicionamento deve ser efectuado antes de se instalar o *livor mortis* ou endurecimento do cadáver (surge primeiro nos músculos do maxilar e progride de forma descendente até aos membros inferiores).
- Colocar um rolo por baixo do queixo para fechar a boca. Se o rolo não se mantiver no lugar, colocar uma ligadura em volta do queixo e do crânio, sem apertar demasiado;
- A posição que se privilegia para o corpo é o decúbito dorsal. Deve no entanto manter-se uma almofada debaixo da cabeça pois previne o *livor mortis* na face e dá uma aparência de conforto aos familiares (aparecimento de manchas arroxeadas em determinadas zonas do corpo entre 20 a 30 minutos após a morte);
- As mãos são colocadas sobre o peito ou ao longo do corpo, conforme o desejo da família.
- Colocar etiqueta de identificação no corpo (tórax e pé) e na zona exterior do saco de cadáver, mantendo a pulseira de identificação do doente (de acordo com a norma da instituição);
- Colocar um segundo lençol sobre o corpo e outro lençol de cima;
- O cadáver deve ser obrigatoriamente transportado em maca específica e o circuito no serviço deve atender à privacidade da pessoa falecida, dos doentes internados, família/pessoas significativas presentes no serviço.
- A saída do cadáver do serviço só deverá ser efectuada após informação aos familiares/pessoas significativas e após autorização do enfermeiro responsável pelo doente falecido. Considera-se exceção óbitos que ocorram no período

Revisão n.º 0	Elaborado: ____/____/____	Aprovado: ____/____/____	Homologado: ____/____/____
---------------	------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

entre as 00h00 e as 08h00, salvo pedido prévio de informação por parte da família.

Procedimento Específicos

- Doente portador de dispositivo implantado (*pacemaker* , *CDI*, *cateter central totalmente implantado*) – não se inativam ou retiram estes dispositivos. De acordo com a avaliação do enfermeiro responsável considerar realização de penso simples. Registrar em observações, nas etiquetas de identificação de cadáver a presença dos mesmos.
- Doente com ferida cirúrgica (laparostomia, ostomias) - O encerramento da ferida deve ser realizado pela equipa cirúrgica ou pelo médico do serviço responsável pelo doente.
- Doente com cateter venoso central, cateter de hemodiálise e cateter arterial – após retirar os cateteres, o enfermeiro deve avaliar a necessidade de sutura desses orifícios, participar à equipa médica esta necessidade, proceder-se à sutura dos mesmos e realizar penso compressivo (se sangramento abundante realizar penso com gelatina hemostática).
- Em caso de feridas com cheiro fétido (ex: feridas neoplásicas) utilizar material de penso específico para neutralizar o odor (ex: pensos de carvão).
- Sempre que o médico responsável entenda ser necessária autópsia, esta deverá ser autorizada, previamente e por escrito, por um familiar ou representante legal do falecido. O pedido de consentimento para autópsia, aos familiares, é da responsabilidade do médico, que após informar e explicar a sua decisão, solicita o preenchimento do impresso próprio para o efeito. No caso de não existir nenhum familiar ou representante legal, o médico responsável pelo pedido, deverá registar esse facto, reafirmando a necessidade de autópsia.

Procedimentos Protoculares da Instituição/Serviço

Revisão n.º 0	Elaborado: ____/____/____	Aprovado: ____/____/____	Homologado: ____/____/____
---------------	------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

- Localização da Casa Mortuária: Piso 0, Ala Poente.
- Contacto Diurno Casa Mortuária (9h00 às 18h00): 968925038 / 30051. O Assistente Operacional da Casa Mortuária deslocar-se-à ao serviço para transportar o corpo.
- Contacto Nocturno (18h00 às 9h00): Contactar o elemento da segurança do Serviço de Urgência através da extensão: 32500, pedidindo o seu comparecimento no serviço. O Assistente Operacional da UCI/UCIP deverá aguardar a chegada do mesmo para transporte do corpo para a Casa Mortuária.
- Localização das etiquetas de identificação do corpo/envelopes de espólio: Gabinete Secretária de Unidade (armário).


Registos de Enfermagem

- Data e hora do óbito;
- Nome de quem participou o óbito;
- Hora de notificação do médico e nome do médico que certificou o óbito;
- Cuidados pós morte efectuados; Registar marcas, hematomas, feridas, antes da morte ou observadas durante os cuidados pos morte;
- Informação dada aos familiares (quem deu informação e quem recebeu);
- Registar que valores e objectos pessoais foram entregues e quem os recebeu.
- Nome do assistente operacional que transportou o corpo;
- Referência se o corpo foi para autópsia médico-legal.

Anexos:

- HPP Hospital de Cascais - Circuito de Comunicação de Óbito, Janeiro de 2012.

Revisão n.º 0	Elaborado: ____/____/____	Aprovado: ____/____/____	Homologado: ____/____/____
---------------	------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

 HPP HOSPITAL DE CASCAIS DR. JOSÉ DE ALMEIDA	HOSPITAL DE CASCAIS – DR JOSÉ DE ALMEIDA Protocolo 00 - Acreditação JCI	Código ----- Pág. 6 / 6
--	--	-------------------------------

- Grupo de Trabalho Religiões Saúde - Manual da Assistência Espiritual e Religiosa Hospitalar. Junho de 2010. Pastoral da Saúde - Comissão Nacional.

7. REFERÊNCIAS

1. Parece, A, *Vivências dos Enfermeiros relativamente aos cuidados pos mortem no Serviço de Medicina*, 2010 [Internet] [acesso em: 12 Jan. 2012]; 50-24. Disponível em: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2432/1/600792_Tese.pdf
2. Hospital General Universitario Gregorio Marañon, *Documentación de Enfermería – Cuidados Posmortem*, Junho 2009, [Internet] [acesso em 12 Jan.2012]; Disponível em: <http://www.madrid.org/cs/Satellite>
3. Gerencia del Area de Salud de Badajoz, Comisión de Cuidados del Área de Salud de Badajoz – *Cuidados Postmortem*, Fevereiro de 2010, [Internet] [acesso em 12 Jan 2012]; Disponível em: www.areasaludbadajoz.com
4. Centro Hospitalar de Lisboa Central, Circular Informativa - Procedimento Multissectorial – *Falecimento de Doentes*, Dezembro de 2011
5. HPP Hospital de Cascais - Circuito de Comunicação de Óbito, Janeiro de 2012

Revisão n.º 0	Elaborado: ____/____/____	Aprovado: ____/____/____	Homologado: ____/____/____
---------------	------------------------------	-----------------------------	-------------------------------